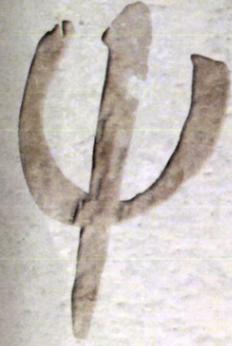




Patricia Cristovão

OS DESADAPTATIVOS DA PERSONALIDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E AFECTIVIDADE POSITIVA E NEGATIVA: UMA AMOSTRA COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

UE  
174  
640



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**TRAÇOS DESADAPTATIVOS DA PERSONALIDADE,  
SINTOMAS DEPRESSIVOS E AFECTIVIDADE  
POSITIVA E NEGATIVA: UMA AMOSTRA COM  
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

**Patricia Cristovão**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Évora | 2010

**Universidade de Évora**  
**Departamento de Psicologia**

**Traços desadaptativos da personalidade, Sintomas  
Depressivos e Afectividade Positiva e Negativa: Uma amostra  
com estudantes universitários**

Patrícia Cristóvão

**Orientação:** Prof. Doutor Rui C Campos

**Mestrado em Psicologia**

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



172 640

**Évora, 2010**

## ÍNDICE

Agradecimentos	pág. iv
Resumo	pág. v
I-Introdução	pág. 1
II-Fundamentação teórica	pág. 3
1-Personalidade e depressão: conceitos básicos	pág. 3
1.1-Os conceitos de personalidade e de perturbação de personalidade	pág. 4
1.2-O conceito de depressão e os conceitos de afectividade negativa e afectividade positiva	pág. 13
2-Modelos de relação entre Personalidade e Depressão	pág. 23
2.1-Modelos patoplásticos	pág. 23
2.2-Modelos de espectro	pág. 26
2.3-Modelos de vulnerabilidade	pág. 29
3-Sobreposição entre traços de personalidade e características depressivas	pág. 33
3.1-Co-morbilidade entre perturbações da personalidade e depressão	pág. 33
3.2-Sobreposição conceptual	pág. 36
III-Colocação do problema e hipóteses de Investigação	pág. 38
IV-Metodologia	pág. 42
1-Participantes	pág. 42
2-Instrumentos de medida	pág. 42

3-Procedimento	pág. 46
4-Análises estatísticas efectuadas	pág. 46
V-Resultados	pág. 47
VI-Discussão	pág. 51
VII-Conclusões	pág. 60
VIII-Bibliografia	pág. 63
Anexos	pág. 71
Anexo A: folha de resposta da CES-D	
Anexo B: folha de resposta da PANAS	
Anexo C: folha de respostas de MCMI-II	
Anexo D: Folha de instruções para a aplicação	

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Doutor Rui Campos, orientador da dissertação, um agradecimento especial pelo apoio e pela partilha do saber, constantes na elaboração deste trabalho.

A todos os professores que disponibilizaram tempo das suas aulas para que fosse possível a aplicação dos questionários, tal como a todos os estudantes que acederam participar neste estudo.

Aos meus amigos, companheiros de todos os momentos.

À minha família: pais e irmãos, pelo carinho e compreensão.

A todos um muito obrigado!

## **Traços desadaptativos da personalidade, Sintomas depressivos e Afectividade Positiva e Negativa: Um estudo com uma amostra de estudantes universitários**

Pretendemos estudar quais os traços desadaptativos de personalidade que se relacionam com os sintomas depressivos, a afectividade positiva e negativa, numa amostra de 187 estudantes universitários, entre os 18 e os 43 anos.

Calculámos as correlações entre as escalas de padrões de personalidade e as escalas de padrões graves de personalidade do Inventário Multiaxial clínico de Millon II (MCMI-II) com os sintomas depressivos avaliados pela Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos e com a afectividade positiva e negativa avaliadas pela Escala de Afectividade Positiva e Afectividade Negativa. Realizámos uma análise da regressão múltipla utilizando as escalas de padrões de personalidade do MCMI-II como predictores e o resultado na CES-D, como variável dependente.

Obtivemos uma correlação significativa entre os padrões de personalidade borderline, masoquista, esquizotípico, negativista e evitante e paranóide e os sintomas depressivos. A afectividade negativa apresenta-se também positivamente correlacionada com os padrões dependente e esquizóide. A afectividade positiva correlacionou-se significativa e positivamente com os padrões histriónico e narcisista e negativamente com os padrões esquizóide, esquizotípico, negativista, borderline, evitante, e masoquista. Na análise de regressão, o padrão borderline prevê a presença de sintomas depressivos e os padrões sádico e dependente também, mas num sentido negativo.

Palavras-chave: Traços desadaptativos da personalidade, Sintomas depressivos, Afectividade Negativa, Afectividade Positiva.

## **Dysfunctional personality traits, depressive symptoms, positive affectivity and negative affectivity: a study with an university students sample**

We intend to study which personality traits relate to depressive symptoms, and positive and negative affectivity, in a sample of 187 university students, between 18 and 43 years.

We did the correlation between the personality patterns scales and the personality patterns of severe personality with the depressive symptoms measured by the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale and the positive and negative affectivity measured by the Positive Affect and Negative Affect Schedule. We did a multiple regression analysis using the personality patterns scale of Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) as predictors and the result of CES-D, as dependent variable.

We obtained a significant correlation between the borderline, masochist, schizotypal, negativistic, avoidant and paranoid personality patterns and the depressive symptoms. Negative affectivity relate also positively with dependent and schizoid patterns. Positive affectivity correlated significant and positively with histrionic and narcissistic personality patterns and negatively with schizoid, schizotypal, negativistic, borderline, avoidant and masochist personality patterns. In the regression analysis, the borderline pattern predict the presence of depressive symptoms as well as the sadistic and dependent, but in the negative sense.

**Key- Words: Dysfunctional personality traits, Depressive Symptoms, Positive Affectivity and Negative Affectivity**



## I: Introdução

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2008), as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades actuais, sendo que das dez principais causas de incapacidade, cinco são de ordem psiquiátrica.

Para entender melhor a depressão importa compreender como se relaciona com a personalidade, uma vez que a depressão, independentemente de eventuais causas somáticas, que não negligenciamos, é fundamentalmente uma perturbação psicológica que afecta a personalidade, afecta o funcionamento psíquico.

A Personalidade e a Depressão têm sido relacionadas de diferentes formas. Por exemplo, sabe-se que as perturbações da personalidade podem preceder o aparecimento de depressão e deixar o indivíduo mais vulnerável para esta, e que por outro lado, a depressão também pode conduzir ao agravamento daquelas perturbações. Outro aspecto que mostra esta estreita relação é a “interface” que há entre perturbações da personalidade e depressão naquilo que foi designado como Perturbação Depressiva da Personalidade (Hirschfeld, 1999).

Ao realizarmos a revisão bibliográfica de base para este estudo, para além de concluirmos que existe de facto uma grande diversidade de estudos que relacionam estes dois constructos, concluímos também que é extremamente difícil precisar os limites entre o que são traços de personalidade e o que são características da depressão. Pode dar-se como exemplo, o caso da baixa auto-estima que se pode considerar como um traço de personalidade e simultaneamente como um sintoma depressivo (Campos, 2006, 2009).

Existem fundamentalmente três tipos de modelos que explicam esta relação entre personalidade e depressão: o modelo de espectro que defende que determinadas formas de personalidade ou determinados temperamentos são formas subliminares de doença afectiva, os modelos de predisposição que afirmam que determinadas características de personalidade ou que determinadas perturbações da personalidade contribuem para a ocorrência de

depressão, e o modelo patoplástico que defende que os traços de personalidade moldam a expressão clínica da depressão.

Com este estudo pretendemos dar um contributo para a compreensão do funcionamento interno do sujeito com depressão, para a compreensão de quais os traços desadaptativos da personalidade que mais estão associados ao funcionamento depressivo. A depressão, como dissemos pode considerar-se fundamentalmente uma doença psíquica, que afecta a personalidade, depressão esta que se pode conceber justamente, como uma dimensão e não apenas uma síndrome. É também sabido que a depressão é sinónimo da presença de uma elevada afectividade negativa e de uma baixa afectividade positiva, pelo que estudaremos também a relação entre traços disfuncionais da personalidade e estas duas formas de afectividade, para além de estudarmos a relação entre traços e a sintomatologia depressiva.

No capítulo II apresentaremos a fundamentação teórica do trabalho, começaremos na primeira secção por apresentar os conceitos de personalidade e de perturbação da personalidade, assim como o conceito de depressão e os conceitos de afectividade negativa e afectividade positiva.

Na secção 2 apresentamos os principais modelos de relação entre Personalidade e Depressão: os modelos patoplásticos, de espectro e vulnerabilidade.

Por último, na terceira secção deste capítulo, discutiremos a sobreposição entre Personalidade e Depressão, referindo a elevada comobilidade entre perturbações da personalidade e depressão e discutiremos a sua sobreposição conceptual.

No capítulo III, depois de enquadrar teoricamente o estudo, apresentaremos detalhadamente os objectivos da nossa investigação.

No capítulo IV, descrevemos os aspectos metodológicos do estudo realizado com uma amostra de estudantes universitários, e onde será feita uma descrição dos instrumentos utilizados.

Num capítulo V apresentamos os resultados da nossa investigação.

O capítulo VI é dedicado à discussão geral dos resultados e finalmente, num último capítulo (VI), serão referidas as conclusões do nosso trabalho.

## **II: Fundamentação Teórica**

Neste capítulo, numa primeira secção, começamos por apresentar o conceito de Personalidade e enfatizaremos sobretudo o conceito de perturbação da personalidade. A seguir, apresentamos a noção de depressão, enfatizando a sua complexidade, as características principais dos sujeitos com depressão, assim como nos referiremos também à abordagem psicanalítica da depressão, tal como à afectividade positiva e negativa.

Numa segunda secção falaremos dos principais modelos que explicam a relação entre Personalidade e Depressão: os modelos de espectro, patoplástico e de vulnerabilidade.

Por último, na terceira secção, abordaremos a questão da sobreposição entre traços de personalidade e características depressivas.

### **1- Personalidade e depressão: conceitos básicos**

Nesta secção, abordaremos num primeiro parágrafo, os conceitos de personalidade e de perturbação da personalidade e, num segundo parágrafo, teceremos algumas considerações sobre o conceito de depressão.

#### **1.1- Os conceitos de personalidade e de perturbação da personalidade**

A personalidade é a organização dinâmica no indivíduo, dos sistemas psico-físicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característico (Allport, 1974). Remete para o estudo das diferenças individuais (Wiggins, 1979). É um conceito abstracto, que integra muitos aspectos que caracterizam o que uma pessoa é. Estes aspectos incluem emoções, motivações, pensamentos, experiências, percepções e acções. O conceito de personalidade é multifacetado, englobando um conjunto de processos mentais internos que influenciam a forma como a pessoa age em diferentes situações (Mischel, 1981).

Por outro lado, *“os traços de personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e*

*peçoal. Apenas quando os traços de personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo, se constituem como Perturbação da Personalidade” (APA, 2002, p. 685).*

Allport (1974) definiu traço de personalidade como uma predisposição para agir da mesma forma em diferentes situações. Para este autor, os traços não estão ligados a um pequeno número de estímulos específicos ou respostas, mas são sim, relativamente generalizados; são as características mais permanentes e estáveis do nosso comportamento. O traço é uma componente crucial na “estrutura da nossa personalidade”.

Neste sentido, a personalidade é no fundo o conjunto de características que estão presentes em toda a matriz que compõe uma pessoa. Em vez de estar limitada a um traço, a personalidade diz respeito a um conjunto de características ou traços pessoais, cognitivos, psicodinâmicos, biológicos e interpessoais. Cada traço reforça os outros perpetuando a estabilidade e a consistência da estrutura total do comportamento. No caso específico das perturbações da personalidade, cada domínio interage para influenciar os outros e, em conjunto, manter a integridade de toda a estrutura da personalidade (Boyle, Matthews & Saklofske, 2008).

Assim, os traços de personalidade descrevem diferenças individuais que são compatíveis com a normalidade, mas os perfis de traços determinam um eventual tipo de perturbação que pode desenvolver-se num dado indivíduo. As perturbações da personalidade, traços de personalidade e temperamento têm uma relação hierárquica. O temperamento, ou seja as disposições comportamentais presentes no nascimento, reflectem os factores genéticos do desenvolvimento. Os traços de personalidade constituem-se pelo temperamento e experiência de vida, e em determinados casos constituem-se como perturbações da personalidade (Paris, 2005).

Determinados traços de personalidade quando ocorrem em conjunto, poderão eventualmente constituir uma perturbação de personalidade, que pode ser definida como um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura,

é global e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade (APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) as perturbações de personalidade podem ser agrupadas em 3 clusters: A, B e C. No Cluster A, as três categorias caem no espectro da esquizofrenia, sugerindo uma diatese comum. As perturbações do cluster A são caracterizadas pelo evitamento do relacionamento interpessoal e pelas distorções cognitivas e perceptivas. As perturbações paranóide, esquizotípica e esquizóide estão associadas com o evitamento interpessoal. As duas primeiras partilham traços de desconfiança e ideação paranóide, mas a perturbação esquizotípica inclui o pensamento mágico, experiências perceptivas invulgares, pensamento e discurso bizarro. Os pacientes com perturbação esquizóide podem ser frios e distantes, mas não têm normalmente ideação paranóide (Paris, 2005).

Nenhuma das perturbações paranóide ou esquizotípica têm períodos de sintomas psicóticos persistentes como os pacientes com perturbações delirantes, esquizofrénicas, ou do humor com características psicóticas (Paris, 2005).

No Cluster B, o traço impulsividade constitui uma diatese para as perturbações. O traço de ansiedade é frequentemente associado com as perturbações do Cluster C (Paris, 2005). O cluster B é caracterizado por apresentações erráticas, emocionais e dramáticas e inclui as personalidades antisocial, *borderline*, histriónica e narcísica (Magnavita, 2004). As perturbações do cluster B são caracterizadas por problemas no relacionamento interpessoal, desregulação do afecto e impulsividade. Os indivíduos com perturbações da personalidade anti-social e narcísica partilham uma tendência para serem antipáticos e manipuladores com os outros, mas os narcísicos não têm as características de impulsividade e agressividade que os anti-sociais têm. Os histriónicos são impulsivos, procuram a excitação, são manipuladores, mas normalmente não se envolvem em comportamentos anti-sociais. As motivações para ser manipuladores são diferentes nos pacientes com perturbações *borderline* e anti-social; os primeiros manipulam para obter cuidado e os segundos manipulam para obter gratificação. As pessoas com perturbações anti-social e *borderline* podem mostrar raiva e agressividade, já os sujeitos com perturbação histriónica da personalidade são caracterizados pela manipulação

e mudança emocional rápida, tal como os sujeitos com perturbação *borderline*, mas estes também têm tendências auto-destrutivas, problemas no controlo da raiva, maior impulsividade e sentimentos de vazio que não são característicos da perturbação histriónica. Os pacientes com perturbação narcísica reagem com raiva a provocações menores, mas não são auto-destrutivos, impulsivos ou preocupados com o abandono (Skodol et al., 1999).

O cluster C é caracterizado por personalidades ansiosas e medrosas e inclui as perturbações evitante, dependente, e obsessivo-compulsiva. Estas perturbações têm melhores resultados a nível do tratamento (Magnavita, 2004). No cluster C, as perturbações evitante e dependente são caracterizadas por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de segurança. Os pacientes com perturbação evitante preocupam-se inicialmente com o evitamento da humilhação e da rejeição, enquanto que os pacientes com perturbação dependente necessitam de alguém que cuide deles. Estes pacientes tendem a manter as relações com os outros, enquanto que os pacientes com perturbação evitante tentam proteger-se não procurando estabelecer relacionamentos. Tanto os pacientes *borderline* como dependentes têm medo do abandono, mas os dependentes agem com submissão de forma a manter o cuidado e apoio dos outros, enquanto que os pacientes *borderline* reagem a uma possível separação com raiva e sentimentos de vazio. Os pacientes com perturbação obsessivo-compulsiva partilham o desejo pelo perfeccionismo, tal como os narcísicos, mas os primeiros são geralmente auto-críticos, enquanto que os segundos acreditam ter atingido os seus objectivos. Se os pacientes com perturbação obsessivo-compulsiva parecem distantes socialmente, isso deve-se ao desconforto geral com a vida emocional, enquanto que no caso da perturbação esquizóide, isso deve-se a uma incapacidade para estabelecer intimidade com os outros. Tanto os sujeitos com perturbação anti-social como com perturbação obsessivo-compulsiva têm dificuldade em sentir generosidade para com os outros, mas um indivíduo anti-social pode sentir satisfação consigo mesmo, enquanto que um indivíduo com uma perturbação obsessivo-compulsiva, comporta-se de forma desadequada tanto perante os outros, como consigo próprio (Magnavita, 2004).

Para identificar traços de perturbações da personalidade, é importante ter em conta que as perturbações da personalidade são caracterizadas pela

inflexibilidade e desadaptação. Uma pessoa sem nenhuma perturbação, mesmo com uma personalidade a que poderíamos chamar “forte”, ou seja, com traços de personalidade fortemente marcados, tem a capacidade de se ajustar e adaptar o seu funcionamento às exigências ou expectativas de pessoas diferentes e/ou a diferentes situações. Estes indivíduos, podem, por exemplo, cometer um erro de julgamento e experienciar algum conflito interpessoal, mas vendo que outra pessoa foi afectada, podem mudar a sua abordagem, o que não acontece com indivíduos com perturbação da personalidade. Estes, persistem de forma inflexível na sua acção, sem ter em conta as possíveis consequências e, como resultado, ficam angustiados e/ou entram em conflito nas suas relações sociais e noutros aspectos do seu funcionamento (Skodol et al., 1999). Os pacientes com perturbações de personalidade tendem a exibir uma estabilidade ténue, ou falta de resiliência, perante situações de stress. As estratégias de coping da maioria dos indivíduos sem estas perturbações são, pelo contrário, diversas e flexíveis. Quando uma estratégia ou comportamento não está a funcionar, estes indivíduos utilizam outras estratégias, enquanto que as pessoas com perturbações da personalidade são adaptativamente inflexíveis. As pessoas sem perturbações são flexíveis nas suas interacções, sendo geralmente as suas iniciativas ou reacções proporcionadas e apropriadas às circunstâncias. Pelo contrário, as estratégias alternativas e os comportamentos dos sujeitos com perturbações da personalidade são reduzidos e extremamente rígidos, não sendo compatíveis com as condições para as quais são direccionados, o que dificulta a interacção com o meio envolvente. Uma vez que não podem ser flexíveis, o meio envolvente deveria sê-lo ainda mais, o que, frequente e naturalmente não acontece. E uma vez que os sujeitos não conseguem mudar, os temas patológicos que dominam as suas vidas tendem a perpetuar os círculos viciosos. É por isto que as personalidades patológicas são por si só patogénicas. Perdem as eventuais oportunidades de mudança e provocam novos problemas que reforçam a estrutura existente (Strack, 1999).

Segundo alguns autores, as perturbações de personalidade começam a cristalizar-se aos vinte e poucos anos e adquirem uma forma mais permanente a partir dos 30s (Magnavita, 2004).

Descrevendo as perturbações de personalidade como entidades distintas que podem ser diagnosticadas separadamente, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) encoraja a visão de que se tratam de doenças médicas discretas.

Embora na prática médica tenha quase sempre sido utilizado um modelo categorial (a perturbação é considerada presente ou ausente), este modelo pode não ser apropriado para o diagnóstico das perturbações da personalidade em particular e para a psicopatologia em geral, porque as fronteiras com a personalidade normal e entre as diferentes perturbações são bastante imprecisas (Gunderson & Phillips, 1991).

De facto, alguns dos problemas com a classificação do DSM reflectem a fraqueza dos sistemas categoriais onde o conjunto de itens diagnósticos inclui uma mistura de sintomas, comportamentos, experiências subjectivas e estados afectivos, todos apresentando um peso igual. Por exemplo, no diagnóstico da perturbação *borderline* da personalidade, o comportamento suicidário (normalmente episódico), e os sentimentos crónicos de vazio (o estado subjectivo interior característico do indivíduo) são considerados critérios com o mesmo peso (Kernberg & Caligor, 2005).

Outra alternativa para a classificação das perturbações da personalidade é fazê-lo em termos dimensionais (Gunderson & Phillips, 1991). Este tipo de sistema de classificação é baseado na premissa de que a personalidade se pode descrever, não em categorias, mas em dimensões. A classificação dimensional desenvolveu-se a partir do estudo da personalidade normal, usando o traço como abordagem, e foi desenvolvido inicialmente por Gordon e Allport (Magnavita, 2004). De acordo com este tipo de modelo, as perturbações da personalidade representariam variações extremas ou desadaptativas dos traços normais da personalidade (Skodol et al., 1999).

Este tipo de modelo foi primeiramente usado para investigar o desenvolvimento e a estrutura da personalidade tanto em populações normais como em populações com perturbação de personalidade. Um dos modelos dimensionais mais conhecidos e investigados é o Modelo dos Cinco-Factores que identifica cinco dimensões da personalidade empiricamente comprovadas: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, agradabilidade e

conscienciosidade (Magnavita, 2004). As várias áreas do funcionamento psicológico humano parecem relacionar-se com os cinco factores, na medida em que têm a ver com as relações que um indivíduo mantém (factores de extroversão e amabilidade), com a sua vida afectiva (Neuroticismo), como os seus gostos, preferências, formas de ajuizar as normas (abertura à experiência) e ainda com as características que possui para enfrentar tarefas ao longo da vida (Conscienciosidade) (Magnavita, 2004).

Há também uma forma de classificação que combina a lógica dimensional com a categorial, a designada classificação prototípica da personalidade, o que permite fazer algumas distinções mais precisas entre as diferentes perturbações e tipos de personalidade. O exemplo mais notável deste tipo de sistema é o de T. Millon (Millon & Davis, 1996) que mantém a ideia de categorias de perturbação da personalidade mas acede a elas através de três dimensões: Self/outro, activo/passivo, e prazer/dor. Millon desenvolveu instrumentos válidos e fiáveis que podem ser usados para avaliar a personalidade como é o caso do Inventário Clínico Multiaxial de Millon que usaremos neste trabalho na sua 2ª edição. Millon desempenhou um papel muito importante na organização da secção relativa às perturbações de personalidade no DSM-III-R (APA, 1987).

Uma abordagem sobretudo dimensional da personalidade (1990) foi o primeiro esforço de Millon para delinear traços e estilos normais de comportamento independentes da psicopatologia, trabalho que continuou em 1994 na publicação do Índice de Estilos de Personalidade de Millon, uma medida que acede aos traços assim como aos estilos de personalidade (Strack, 1999) vistos como entidades que descrevem a personalidade normal.

Millon utilizou o conceito de estilo de personalidade como sendo o resultado das experiências de aprendizagem que se desenvolvem no contexto familiar e escolar, assim como sendo o resultado de acontecimentos vitais ocorridos desde o nascimento (Strack, 1999). Este é um conceito, o de estilo, muito importante na teoria de Millon e que tem a ver com as concepções estáveis que o indivíduo tem acerca do self e do mundo, em conjunto com a forma típica de pensar e sentir e com os padrões de comportamento associados a essas concepções. O estilo de personalidade, é uma entidade

não patológica que pode também ser visto como um aglomerado de traços de personalidade que tendem a formar um todo.

Para Millon (1996; Millon et al., 2004) as perturbações de personalidade são estilos de funcionamento inadaptados, que podem ser atribuídos a deficiências, desequilíbrios ou conflitos na capacidade para relacionar-se com o meio. A integração é uma das características principais do modelo de Millon. A integração, por exemplo, entre a estrutura e a dinâmica da personalidade é um aspecto imprescindível para compreender o seu funcionamento. A personalidade de um indivíduo é o resultado de uma história única de interações entre os aspectos biológicos e os contextuais (Millon et al., 2004). Os princípios explicativos que Millon usa são essencialmente os mesmos que Darwin: em vez de os utilizar para explicar a origem das espécies, Millon, usa-os para explicar a estrutura e a dinâmica da Personalidade. O “complexo biológico de adaptações e estratégias” da ecologia evolutiva é o equivalente biológico dos estilos de personalidade. De notar que, para Millon, os estilos e as dimensões de personalidade normal emanam do mesmo modelo evolutivo daquele que considera para explicar a personalidade patológica. Millon afirma também que os indivíduos normais demonstram flexibilidade adaptativa nas respostas ao meio ambiente, enquanto que os indivíduos com perturbação têm comportamentos mais rígidos e desadaptativos (Strack, 1999), sendo este talvez o principal critério que permite distinguir um estilo de personalidade de uma perturbação da personalidade.

Na filosofia multiaxial inerente ao modelo de Millon é relevante a dinâmica interactiva que se estabelece entre eixos distintos, com especial atenção para o papel preponderante do eixo II, perturbações da personalidade, na origem, determinação, ou pelo menos precipitação das síndromas do eixo I, mais transitórias e transversais. É também relevante a possibilidade de utilizar a base da teoria evolutiva para operacionalizar os constructos da personalidade e as suas perturbações a partir das polaridades fundamentais, anteriormente referidas: self/outro, activo/passivo e prazer/dor. Millon considera a personalidade como um constructo multideterminado e multi-referencial (Millon & Davis, 1996).

Tentemos agora apresentar de forma muito breve uma compreensão da personalidade e da sua disfuncionalidade, mas numa visão psicodinâmica. A teoria psicanalítica reconhece cada vez mais a importância que a personalidade tem nas interações do sujeito em determinadas situações (Bornstein, 2005).

A Psicanálise oferece uma forma de conceptualizar o impacto patogénico de diferentes factores da experiência precoce. Mas existe a questão de saber como podem os acontecimentos na infância afectar o funcionamento psicológico, anos, ou mesmo décadas mais tarde? Existem três mecanismos que estão na base desta persistência no tempo: a força do ego, os estilos defensivos e as relações com o objecto e/ou relações de objecto. O ego desempenha em conjunto com o id e o superego um papel central no desenvolvimento da personalidade e da psicopatologia. As experiências precoces ajudam a determinar a força do ego da criança e o grau em que o ego consegue lidar com a realidade testando funções e lidando eficazmente com os impulsos (Eagle, citado por Bornstein, 2005). O estilo defensivo refere-se à forma característica de lidar com a ansiedade e com os perigos externos à medida que a criança entra na adolescência (Bornstein, 2005). As experiências positivas nesta fase são associadas a um estilo adaptativo defensivo onde as defesas mais maduras (ex. sublimação, intelectualização) predominam. As experiências negativas levam a um estilo defensivo menos efectivo e menos maduro, caracterizado por estratégias de coping que representam distorções de acontecimentos internos e externos (e. g. repressão, projecção). Cedo na vida, a criança internaliza representações mentais do self e dos outros significativos (ex. pais e irmãos). Estas representações objectais (construídas por mecanismos de introjecção) evoluem no tempo, mas também têm qualidades que as tornam relativamente resistentes à mudança (Westen, 1991).

A internalização das experiências de cuidado resulta na construção das representações do próprio e do outro. Estas estruturas ou esquemas são aspectos centrais, tanto no desenvolvimento patológico, como no desenvolvimento normal da personalidade, e são uma base para processar e organizar a informação, para que as novas experiências possam ser assimiladas nas estruturas mentais existentes (Blatt, 1990). O conteúdo e estrutura destas representações mentais têm componentes tanto conscientes

como inconscientes que servem como guias heurísticos que organizam e dirigem um comportamento individual, particularmente nas relações interpessoais (Blatt & Lerner, 1983).

Para Blatt (Blatt & Blass, 1992) o desenvolvimento da personalidade é o resultado de uma transacção complexa de duas linhas desenvolvimentais fundamentais: o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais maduros, recíprocos e satisfatórios, e o desenvolvimento de uma auto-definição ou identidade consolidada, realista, essencialmente positiva e integrada. A patologia resulta quando há um ênfase excessivo numa das linhas de desenvolvimento, negligenciando a outra, constituindo-se duas linhas fundamentalmente psicopatológicas: anaclítica e introjectiva.

A teoria psicanalítica classifica a patologia em três níveis de gravidade, sendo cada nível caracterizado por diferenças na força do ego, nas defesas egóicas e nos introjectos. O nível menos grave de acordo com o modelo psicanalítico é a neurose, que é caracterizada por altos níveis de força do ego, defesas maduras e introjecções moderadamente negativas. Os conflitos relativamente estáveis entre estruturas psíquicas encontram-se na base dos sintomas neuróticos. O nível intermédio, perturbações da personalidade é caracterizado por um ego mais frágil, defesas imaturas e introjectos mal estruturadas. A forma mais severa de psicopatologia no modelo psicanalítico, a psicose, é caracterizada por baixos níveis de força do ego, defesas imaturas (ou não existentes) e introjecções primitivas (Bornstein, 2005).

Na perspectiva psicanalítica a personalidade representa a integração dinâmica dos comportamentos que resultam do temperamento, constitucionalmente determinados, do carácter, e do sistema de valores internalizados (Kernberg & Caligor, 1996).

Nesta perspectiva, *carácter* refere-se à organização dinâmica do modelo de comportamento, incluindo formas de perceber e relacionar-se com o mundo, que são característicos do indivíduo. O conceito de *carácter* implica conceber níveis de organização destes modelos de comportamento, o grau de flexibilidade ou rigidez com os quais os comportamentos observados são activados ao longo das situações e a extensão na qual os comportamentos observados são adaptativos ou interferem com o funcionamento psico-social.

Em particular *carácter* refere-se às manifestações comportamentais da identidade (Kernberg & Caligor, 2005).

Outro determinante da personalidade na perspectiva psicanalítica é o sistema dos valores internalizados. O grau de integração do sistema de valores, em essência, a dimensão moral e ética é um componente importante da totalidade da personalidade (Kernberg & Caligor, 1996).

Segundo Kernberg e Caligor (1996) uma compreensão psicodinâmica da organização e estrutura da personalidade permite uma classificação estrutural dinâmica. Neste sistema, a organização da personalidade é vista num contínuo: psicótico, borderline, neurótico e normal com cada ponto representando um grau variável de integridade estrutural, de acordo com o grau em que pode tolerar a ansiedade, o conflito, e a experiência emocional, antes de se tornar sintomático, a chamada capacidade de adaptação do ego. Uma dada configuração de personalidade pode ser colocada num dado ponto ao longo do contínuo.

Para concluir este parágrafo, podemos dizer que o campo de estudo da personalidade se situa no cruzamento de muitas áreas da psicologia; é um ponto de convergência entre o estudo do desenvolvimento humano e da mudança, das emoções e pensamentos, aprendizagem, relações sociais e patologia e desvio (Millon, Blaney & Davis, 1999).

Tendo exposto os conceitos de personalidade e de perturbação da personalidade de acordo com diferentes enfoques, no parágrafo seguinte, faremos uma caracterização do conceito de depressão, no sentido de posteriormente, podermos compreender nomeadamente a regulação do afecto na personalidade, mais concretamente, nas perturbações da personalidade.

## **1.2- O conceito de depressão e os conceitos de afectividade negativa e afectividade positiva**

A depressão é uma perturbação que causa incapacidade e que afecta os hábitos de vida dos sujeitos e a saúde em geral.

A depressão, incluindo a depressão major, unipolar, moderada, mas não bipolar, afecta aproximadamente 7% da população geral nos estados unidos e afecta 20% a 35% da população com doença “física” crónica. De acrescentar que a depressão não afecta só a saúde, através dos seus efeitos fisiológicos, mas também indirectamente, através de hábitos de saúde desadaptativos, assim como aumenta os custos médios do tratamento de doenças físicas crónicas em 50%, mesmo depois de controlado o efeito da gravidade da doença (Horowitz, 2007).

Em Portugal, estima-se que 650 mil portugueses tomem anti-depressivos (Fernandes da Fonseca, 2001). A depressão estará associada a mais de 1200 mortes por ano no nosso país (Ministério da Saúde, 2008) e de acordo com os resultados do primeiro estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental, recentemente apresentado, 43% de portugueses sofreram de perturbações mentais ao longo da vida, e 23% tiveram uma doença mental nos 12 meses que precederam o inquérito deste estudo. Dos problemas identificados, as perturbações depressivas representam 7,9% (2010).

No que se refere ao seu desenvolvimento, a idade média de aparecimento de uma perturbação do humor (incluindo Bipolar I e II, embora estas apenas contribuam para uma proporção relativamente pequena) os 30 anos, início mais tardio, comparando por exemplo com as perturbações de ansiedade (11 anos), as perturbações de abuso de substâncias (20 anos) e as perturbações de controlo dos impulsos (11 anos). O sexo feminino e os problemas conjugais são factores de risco para a ocorrência de uma depressão major (Kessler et al., 2005).

A depressão é de facto uma das condições psicopatológicas mais comuns e é frequentemente um resultado de perdas que podem ocorrer em diferentes estádios do ciclo de vida. Rippere (citado por Lemma, 1996) afirma que a maioria das pessoas que são indicadas para terapia estão deprimidas num grau ligeiro, ou seja, a linha divisória entre um paciente deprimido e um paciente não deprimido é pouco objectiva. O termo “depressão” por si próprio refere-se a um conjunto heterogéneo de fenómenos, que vão desde um estado de humor normal, que é comum e provavelmente afecta a maioria de nós num determinado momento das nossas vidas, até um estado afectivo patológico grave e prolongado. Enquanto a maioria das pessoas pode ficar

moderadamente deprimido como resposta a determinados acontecimentos nas suas vidas, apenas alguns reagem com uma depressão grave (Gotlib & Hammen, 1992).

Relativamente, às características depressivas centrais, estas incluem alterações emocionais (tristeza, anedonia, choro, desespero, sentimentos de culpa, entre outros) motivacionais (pouca energia, fadiga, apatia, dificuldade de concentração), cognitivas (expectativas negativas, auto-conceito negativo, atribuição de culpa ao próprio, dificuldades na tomada de decisões, ideação suicida, preocupação exagerada com a possibilidade de ter doença física) psicomotoras, perturbações do sono (insónia ou hipersónia), diminuição da libido e variação do humor ao longo do dia. A nível corporal também podem existir manifestações, tais como ciclo menstrual irregular e a amenorreia, entre outras (Lemma, 1996). A depressão é também marcada por uma diminuição do afecto positivo, avaliado a partir de um conjunto de adjectivos como activo, alerta, atento, determinado, entusiasta, excitado, inspirado, interessado, orgulhoso e forte (Watson, Clark & Tellegen, 1988). O afecto negativo, pelo contrário, tende a correlacionar-se positivamente com a depressão e pode avaliar-se pelos adjectivos: medroso, envergonhado, culpado, hostil, irritável, nervoso, assustado, zangado, nervoso (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Durante um episódio depressivo major, um baixo afecto positivo e um elevado afecto negativo, podem ser duas características muito evidentes que marcam o colorido da apresentação clínica (Moras et al., 1996). A eficiência mental e a memória também são afectadas, levando a que mesmo tarefas simples e rotineiras sejam cansativas e irritantes. Muitos pacientes com depressão major tentam evitar qualquer tipo de actividade social. Para alguns destes pacientes, a dor e o sofrimento desta perturbação torna-se tão insuportável que o suicídio é visto como a única opção, o que leva a que a perturbação depressiva major seja a perturbação mental que tem um índice de mortalidade mais elevado (Pompili et al., 2004).

A depressão pode ser vista à luz de vários modelos. De acordo com o modelo médico, a depressão deve ser entendida como uma síndrome que pode ter múltiplas etiologias, desde um pólo puramente psicológico, de reacção a acontecimentos exteriores marcada pela tristeza anímica, até um pólo biológico em que a tristeza, dita vital, mais referida ao corpo (depressão

endógena) reflecte uma disfunção do sistema nervoso central (Dalgarrondo, 2000).

No modelo médico é frequente a utilização do termo depressão atípica para além dos termos depressão endógena e depressão major. Na depressão atípica, segundo Dalgarrondo (2000), além dos sintomas depressivos gerais, ocorre um aumento do apetite e/ou ganho de peso, hipersónia, sensação de ter o corpo muito pesado, sensibilidade exacerbada a aspectos que possam indicar rejeição, sintomas fóbicos e aspectos histriónicos.

Outro modelo de estudo da depressão é o modelo psicanalítico. As formulações psicanalíticas têm referido como características da personalidade de pessoas com depressão, a dependência (aspecto anaclítico da depressão) e os traços perfeccionistas e o masoquismo (aspectos introjectivos da depressão) (Huprich, 1998). A psicanálise começou por descrever a depressão ou melancolia, como começou por ser chamada, como uma doença resultante do domínio absoluto de um "Super-Ego" auto-punitivo que levaria o ego a uma auto-anulação e a um desejo de reparar os seus erros anteriores, através de uma atitude masoquista e passiva. Actualmente o modelo dinâmico continua a associar a depressão ao conceito de perda afectiva e a experiências de rejeição social que conduzem a uma redução da auto-estima (Westen & Gabbard, 1999).

Segundo Coimbra de Matos (2001), a depressão pode ser definida como uma estrutura que se localiza entre a estrutura neurótica e a psicótica. A depressão ocorreria quando se verifica a perda de uma boa relação com o objecto de amor (mãe ou substituto). O indivíduo sente uma profunda nostalgia que não pode ser confundida com saudade, porque nesta última, existe um investimento consciente num objecto real. Segundo este autor, na depressão-doença é importante ter em consideração o recalçamento daquilo que a originou e/ou origina. Na depressão patológica, contrariamente ao luto, onde predomina a saudade da boa relação, não há verdadeiramente consciência daquilo que se perdeu: *"A maior parte das vezes o depressivo sabe quem perdeu. Não sabe porém o que perdeu."* (Coimbra de Matos, 2002, pp. 439). A depressão vem na sequência da perda ou solidão efectiva (é a dor) e é a desistência e conformação com o sucedido, dirigindo o sujeito a agressividade para o interior de si próprio (Coimbra de Matos, 2002).

O retorno cíclico e repetitivo da resposta de tipo depressivo, que se manifesta através de abatimento, desistência e renúncia, pode conduzir a um afastamento da realidade e diminuição ou desistência de expectativa no futuro, levando a um direccionamento da libido, de forma excessiva, para o reinvestimento do passado (Coimbra de Matos, 2001). Nesta linha teórica, é ainda importante fazer a distinção entre personalidade depressiva e a depressão propriamente dita. A primeira é caracterizada pela deficiente organização do investimento narcísico, já na depressão, a baixa auto-estima é o pano de fundo para a sua ocorrência. O indivíduo é dominado por um sentimento mais ou menos permanente de frustração, de não realização dos seus planos e projectos (Coimbra de Matos, 2001). De qualquer modo, Coimbra de Matos (2001) considera que a personalidade depressiva e a depressão ou estado depressivo constituem no seu conjunto a doença depressiva. A personalidade depressiva, conjunto de traços, seria uma estrutura mental, mais ou menos estável e seria o substrato, o pano de fundo onde eclodiriam os sintomas depressivos. Mas este mesmo autor reconhece a dificuldade em diferenciar sintomas depressivos de traços depressivos. De acordo com Campos (2006), é sobretudo o carácter temporal, de estabilidade que permite distingui-los e não aspectos qualitativos. O exemplo da baixa auto-estima é paradigmático, é um sintoma, mas também é um traço depressivo, consoante o seu grau de estabilidade. Faz parte da personalidade depressiva, mas também do estado depressivo sintomático.

Para além da distinção entre personalidade depressiva e depressão referida anteriormente, é possível fazer também a distinção entre depressão anaclítica e introjectiva, segundo Blatt (Blatt & Blass, 1992; Corveleyn, Luyten & Blatt, 2005). A depressão anaclítica (de dependência) é caracterizada por sentimentos de solidão e fraqueza tendo o indivíduo um medo intenso e crónico de ser abandonado, não ter cuidado e ficar desprotegido. Estes indivíduos têm uma necessidade desesperada de manter um contacto físico próximo com os outros, que possa satisfazer as suas necessidades, porque não internalizaram completamente as experiências precoces de gratificação. Esperam ser amados, protegidos e cuidados. Assim, estes indivíduos têm uma grande dificuldade em expressar raiva pelo medo que têm de perder a gratificação que os outros lhes podem oferecer, e de que necessitam (Blatt & Blass, 1992).

A depressão introjectiva, por outro lado, é caracterizada por sentimentos de auto-crítica, culpa, inferioridade, e medo da crítica e desaprovação, por parte dos outros (Corveleyn, Luyten & Blatt, 2005). Os sujeitos com depressão introjectiva sentem que falharam relativamente às expectativas que os outros tinham relativamente a eles, por isso temem a perda do reconhecimento e do amor do objecto.

Segundo Blatt (1995) quando existem tentativas de suicídio no caso dos sujeitos anaclíticos, eles têm como objectivo pedir ajuda, enquanto que as tentativas de suicídio dos sujeitos introjectivos parecem procurar de facto a morte.

A formulação de Blatt enfatiza fundamentalmente a importância de qualidade dos relacionamentos interpessoais, a natureza das representações objectais e as experiências de vida precoces. Como foi dito na secção anterior, para Blatt, o desenvolvimento da personalidade é visto como uma consequência da interacção entre duas tarefas desenvolvimentais básicas: o desenvolvimento da capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais estáveis e mutuamente satisfatórios, e a aquisição de uma identidade diferenciada, realista e essencialmente positiva. A articulação entre estas duas linhas desenvolvimentais envolve um processo dialético complexo, durante o qual, o progresso de cada linha é essencial para o progresso da outra, o que contribui para um sentido de identidade e para o estabelecimento da capacidade do relacionamento interpessoal. Blatt caracteriza como anaclítico o eixo que se refere aos relacionamentos interpessoais e como introjectivo, o eixo que se refere ao desenvolvimento do self e da identidade. Considera também que insucessos em diferentes estádios do desenvolvimento, deixam o sujeito vulnerável para diferentes perturbações psicopatológicas subsequentes (Blatt, 1995; Blatt & Blass, 1992), inclusivamente a depressão anaclítica e a depressão introjectiva.

Por outro lado, para além da dificuldade em distinguir personalidade depressiva de depressão e de distinguir as diferentes formas de perturbação depressiva, outro problema nosológico que se pode colocar é a distinção entre depressão e patologia borderline. O que melhor caracteriza a patologia fronteira é o medo do abandono (angústia de separação) e a enérgica tentativa de o evitar. O conflito psíquico nuclear, no borderline, é o conflito de

ambitendência (simbiose, cesura) e na depressão, o conflito de ambivalência (amar/odiar) (Coimbra de Matos, 2002). Na primeira o medo de perder o objecto, na segunda o medo de perder o amor do objecto. É portanto, a patologia borderline, patologia de transição, que vem acentuar a necessidade de entender a psicopatologia não como quadros estanques mas como um contínuo, um espectro.

Também a discriminação entre sintomas relacionados com a ansiedade e a depressão, tem sido uma questão teórica actual e extremamente importante para a construção de instrumentos capazes de medir adequadamente estes dois processos emocionais. Para alguns investigadores, a ansiedade e a depressão, apesar de serem conceitos distintos, expressam-se fenomenologicamente de forma semelhante (Burns e Eidelson, 1998). Alguns estudos epidemiológicos apontam para uma comorbilidade de 75% dos sintomas característicos da ansiedade e da depressão (Kessler et al., 1996).

Watson e Clark (1984) questionaram o significado de considerar a ansiedade, a depressão e o neuroticismo como entidades separadas, baseando esta opinião na elevada inter-correlação entre estes três constructos em medidas de auto-relato aplicadas a adultos. O modelo tri-partido postulado por estes autores (Clark & Watson, 1991, 1999) explica a elevada comorbilidade entre ansiedade e depressão como sendo devida à presença de afecto negativo em ambas as condições. A afectividade negativa é uma dimensão relativamente estável presente tanto na ansiedade quanto na depressão, associando-se a emoções como tristeza, culpa, hostilidade, medo, insatisfação pessoal (Clark & Watson, 1990; Clark & Watson, 1991).

Segundo Clark e Watson (1990), a depressão apresentaria características relacionadas com a anedonia (baixa afectividade positiva) por um lado, e por outro com emoções como tristeza, culpa, hostilidade, medo, insatisfação pessoal (elevada afectividade negativa). A ansiedade estaria associada a sintomas específicos relacionados com manifestações somáticas, reguladas pelo sistema nervoso autónomo, tais como alterações da frequência cardíaca, regulação do ciclo respiratório, sudorese, entre outros, mas igualmente com uma elevada afectividade negativa. A ansiedade, segundo Clark, Watson e Mineka (1994), pode ser uma característica da personalidade

paralela à depressão e a sensação de ansiedade é a resposta do indivíduo a uma situação adversa.

Mas especificamente pode dizer-se que na conceptualização destes autores podem considerar-se três estruturas básicas: a primeira estrutura é designada por afecto ou afectividade negativa e inclui sintomas pouco específicos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos e incluem humor depressivo e ansioso, assim como insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade, e dificuldade de concentração. O afecto negativo é um factor geral de mal-estar subjectivo, e engloba um conjunto de estados de humor negativos. Estes sintomas pouco específicos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Ao nível do traço, a afectividade negativa é uma predisposição para vivenciar emoções negativas que influenciam a cognição, auto-conceito e visão do mundo. Para além deste factor de pouca especificidade, a ansiedade e a depressão constituiriam as outras duas estruturas, com a tensão somática e a hiperactividade como específicas da ansiedade e a anedonia e a ausência de afecto positivo como relativamente específicas da depressão (Watson, Clark & Carey, 1988).

Em contraste com o afecto negativo, o afecto positivo envolve emoções como alegria, felicidade, entusiasmo, interesse, energia e determinação. É uma dimensão que reflecte o nível de envolvimento de um indivíduo com o meio-ambiente. Uma baixa afectividade positiva, por outro lado, é definida como reflectindo letargia e fadiga. Ao nível do traço, a afectividade positiva constitui-se como uma predisposição que conduz a uma experiência emocional positiva, que reflecte um sentido generalizado de bem-estar e competência e de envolvimento interpessoal efectivo (Watson, Clark & Carey, 1988).

De forma mais geral, a afectividade positiva ou afecto positivo implica sentimentos agradáveis e o afecto negativo implica sentimentos desagradáveis. Outros termos usados para o afecto negativo são disforia e angústia, embora muitas vezes as palavras stress e sofrimento sejam também usados para sugerir o afecto negativo. O ponto de consenso é que o afecto negativo refere-se a qualquer forma de sentimento subjectivo que é vivenciado como desagradável em termos de qualidade. Tal desagradabilidade pode variar quantitativamente, ou seja dimensionalmente, em termos de intensidade.

Várias formas de afecto negativo apareceram de algum modo nos critérios de diagnóstico de diferentes perturbações psiquiátricas (por exemplo, esquizofrenia, perturbação stress pós-traumático, perturbação borderline e perturbação obsessivo-compulsiva) (Haslam, 2007).

No modelo tripartido de Clark e Watson (1991), uma elevada afectividade negativa ou neuroticismo é vista como uma vulnerabilidade para o desenvolvimento tanto de ansiedade como depressão, enquanto que uma baixa afectividade positiva ou extroversão crê-se estar mais especificamente associada com a depressão (Shea & Yen, 2005).

Estas duas dimensões, afecto positivo e negativo, são transversais às diferentes culturas quando são feitas análises de como as pessoas relatam sentir-se num determinado momento (por exemplo, hoje) ou ao longo de um período de tempo mais longo (por exemplo nas últimas semanas (Haslam, 2007).

Tellegen (citado por Shea & Yen, 2005), afirma que o núcleo da dimensão da afectividade negativa, emocionalidade negativa, ou neuroticismo tem a ver com uma sensibilidade temperamental estável aos estímulos negativos. A dimensão referida como afectividade positiva, emocionalidade positiva ou extroversão é conceptualizada como uma dimensão temperamental estável que engloba outros traços que incluem energia, afiliação e dominância. O centro desta dimensão crê-se, reflectir uma tendência para vivenciar estados de humor positivos (Clark & Watson, 1991; Clark, Watson & Mineka, 1994).

Embora as designações de afectividade positiva e afectividade negativa, pareçam sugerir pólos opostos da mesma dimensão, são dimensões muito diferentes que podem ser representados como factores ortogonais, ou seja, que não se correlacionam (Watson, Clark & Carey, 1988).

Quando examinados os efeitos do neuroticismo e da extroversão no afecto positivo e a idade, com o passar das diferenças individuais são evidentes. As pessoas que têm resultados mais altos em neuroticismo têm mais probabilidade de inicialmente ter resultados mais baixos no afecto positivo, assim como têm maior probabilidade de diminuição do afecto positivo ao longo do tempo. Em oposição, no caso da extroversão, aqueles que têm resultados mais altos nesta dimensão têm maior probabilidade de que os resultados

inicialmente elevados no afecto positivo se mantenham estáveis, e elevados ao longo do (Charles, Reynolds & Gatz, 2001).

Independentemente do modelo que se considere para compreender a depressão, inclusivamente pensar que se pode compreendê-la como estando ligada ao afecto negativo e ao afecto positivo (modelo tri-partido de Clark & Watson) é importante reter que a depressão se pode considerar fundamentalmente uma perturbação psicológica, que afecta o funcionamento mental e a personalidade. Pode pensar-se que há uma estreita relação entre depressão e personalidade, aspecto que será discutido na próxima secção, onde apresentaremos três tipos de modelos que tentam explicar esta relação.

## **2- Modelos de relação entre personalidade e depressão**

Como foi dito no final da secção anterior, é susceptível de se pensar na existência de uma estreita relação entre personalidade e depressão, existindo aliás diversos tipos de modelos que tentaram conceptualizar esta relação. Mais especificamente, alguns investigadores apresentaram modelos que se propuseram explicar a relação entre depressão e perturbações da personalidade. Klein et al. (2002) sub-dividiu estes modelos da seguinte forma: a) causa comum, os mesmos processos etiológicos causam tanto a perturbação da personalidade como a depressão; b) percussores ou de espectro, a perturbação da personalidade é uma manifestação inicial da depressão; c) predisposição, a personalidade aumenta o risco da depressão; d) patoplásticos, a personalidade afecta a expressão ou o curso da depressão; e) dependência-estado, o estado de humor afecta a avaliação da personalidade; f) complicação, episódios de depressão alteram a personalidade depois da recuperação.

A distinção entre os diferentes tipos de modelos que tentam relacionar personalidade e depressão pode ser difícil. Neste trabalho apresentaremos os modelos patoplásticos, de vulnerabilidade e de espectro que, se constituem talvez, como as formas conceptuais mais importantes de abordar esta temática (Campos, 2006, 2007, 2009).

### **2.1- Os modelos patoplásticos**

Neste tipo de modelo a principal hipótese é a de que a presença de uma condição vai influenciar o curso de outra. Os efeitos podem ser aditivos (patoplásticos) ou sinérgicos (exacerbação) (Bockian, 2006).

Os modelos patoplásticos são no fundo, similares aos modelos de predisposição porque a personalidade é vista como tendo influência nas perturbações do humor. Mas, em vez de contribuir para o início da perturbação do humor, antes, a personalidade influencia a expressão da perturbação depressiva depois do seu início. Esta influência pode incluir a severidade da patologia, a resposta ao tratamento e o curso da perturbação do humor. Este tipo de modelo sugere que determinados estilos de personalidade podem estar

associados a sintomas específicos num episódio depressivo. Uma personalidade histriónica, por exemplo, pode associar-se a hostilidade e raiva durante um episódio depressivo (Hirschfeld, 1999).

Este tipo de abordagem propõe igualmente que factores psicossociais possam influenciar a expressão da perturbação depressiva, ou seja, os factores psicossociais podem afectar a expressão sintomática ou o curso do episódio depressivo ou ambos. Por outro lado, a apresentação de uma doença mental poderá ser frequentemente colorida pela personalidade ou por uma perturbação de personalidade já existente, é justamente aquilo que se costuma designar de efeito patoplástico (Hirschfeld & Cross, 1982).

Os modelos patoplásticos enfatizam o papel das perturbações da personalidade na influência da apresentação clínica da depressão, no seu curso, e mais comumente, na sua resposta ao tratamento (Mulder, 2004).

Shea, Widiger e Klein (1992), num trabalho que reviu estudos naturalistas sobre o impacto da comorbilidade das perturbações da personalidade com a depressão, na resposta a várias formas de tratamento, concluíram que para além das evidências suportarem a crença comum de que as perturbações da personalidade estão de facto associadas a uma resposta mais pobre no tratamento da depressão, os dados sugerem também, que a presença de depressão pode ser um indicador de prognóstico positivo para pacientes com perturbações da personalidade borderline e anti-social.

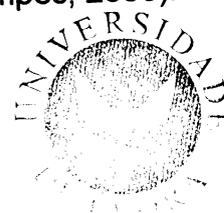
Num trabalho que pretendeu estudar a relação entre perturbações da personalidade e depressão, verificou-se que cerca de 55% de pacientes que apresentaram simultaneamente uma perturbação de personalidade e depressão, tiveram uma evolução clínica mais pobre, quando comparados com cerca de 45% de indivíduos que não tinham nenhuma perturbação de personalidade, demonstrando que muitos dos pacientes com depressão e perturbações de personalidade têm uma recuperação mais difícil, um aspecto clínico particularmente importante a longo prazo (Kennedy et al., citado por Newton- Howes, Tyrer & Johnson, 2006).

Na verdade, os modelos patoplásticos e de exacerbação assumem que as perturbações dos eixos I e II são causalmente diferentes, mas a presença de uma influencia o quadro clínico (patoplastia) ou a gravidade/resultados

(exacerbação) da outra, através de efeitos aditivos ou de interação (Kupfer, Regier, First, 2002).

Segundo os modelos patoplásticos, as características da personalidade têm um impacto na forma como a depressão se manifesta, ou seja moldam a expressão sintomática da depressão; a personalidade pode colorir a forma como o afecto é expresso e vivido (Campos, 2006, 2009). A personalidade pode também afectar a gravidade ou a evolução da depressão, assim como a resposta ao seu tratamento. De acordo com estes modelos, a presença do traço de personalidade neuroticismo, por exemplo, pode não aumentar a probabilidade de vir a desenvolver depressão, mas, por exemplo, altos níveis de neuroticismo originam níveis mais elevado de gravidade e cronicidade desta perturbação, assim como um prognóstico mais negativo (Bagby, Quilty & Ryder, 2008). Existe uma independência das condições em termos de etiologia, mas neste tipo de modelo enfatiza-se a influência das características de uma perturbação na expressão ou no curso de outra, o que pode acontecer de duas formas: o estilo de personalidade pode influenciar a forma pela qual a depressão é vivenciada e expressa e como ela evolui e o humor depressivo pode, por seu turno, influenciar a expressão do estilo de personalidade (Shea & Yen, 2005).

Embora os modelos patoplásticos assumam uma independência etiológica, o uso do termo patoplástico para descrever a influência de uma condição no curso de outra condição, sugere o envolvimento de mecanismos causais em termos do curso evolutivo. Um exemplo de tal mecanismo pode ser a influência da personalidade na resposta do indivíduo ao tratamento (Widiger Verheul & Brink, 1999). Um estilo de personalidade paranóide, num indivíduo com depressão, por exemplo, pode afectar negativamente a probabilidade do indivíduo ter ou manter uma relação terapêutica evitando ou diminuindo a possibilidade de sucesso terapêutico e assim influenciando o curso da depressão (Shea & Yen, 2005). Por outro lado, vários estudos têm também mostrado que determinados estados de humor como a depressão ou determinados acontecimentos de vida negativos podem influenciar a avaliação de numerosos traços ou características de personalidade (Bartelstone & Trull, 1995; Ouimette & Klein, 1993; Robins, 1995), um efeito ou distorção patoplástica no auto-relato de traços de personalidade (Campos, 2006).



Sintetizando, pode dizer-se que olhar o funcionamento de um indivíduo através deste tipo de modelos, permite-nos prever a forma como uma perturbação poderá manifestar-se num indivíduo que apresenta um determinado estilo de personalidade prévio. Concretamente, porque a perturbação comórbida afectará a apresentação da outra perturbação, não o risco para a desenvolver (Klein et al., 2002).

O modelo de Millon que descrevemos brevemente na secção anterior é um modelo de cariz patoplástico, que refere que cada perturbação da personalidade se associa à manifestação de sintomas depressivos diferentes, ou seja, que a personalidade prévia molda a expressão sintomática da depressão (Millon, 1996).

Millon (1996), vê a depressão como um contínuo e como uma síndrome multifacetada que pode ocorrer em qualquer tipo de personalidade, sendo que esta pode ter um efeito patoplástico na depressão.

Por outro lado, no modelo de Millon, os conceitos de “normalidade” e de “patologia” são termos relativos, pontos representativos dentro de um contínuo, e não categorias nominais discretas (Millon et al., 2004). Não há uma linha divisória entre ambas. A personalidade normal e a patológica partilham os mesmos mecanismos de funcionamento. Existem tipos de personalidade, ou melhor, estilos, que podem ser normais ou patológicos. A diferença fundamental é que as personalidades “normais” são mais flexíveis, adaptam-se ao contexto, enquanto que as personalidades com perturbação mostram comportamentos mais rígidos e pouco adaptativos. Postular uma continuidade entre normalidade e patologia permite estudar a semelhança entre as personalidades “normais” e as patológicas, o processo de desenvolvimento das perturbações, e sobretudo, como os indivíduos com perturbações podem ser ajudados a conseguir ter um funcionamento mais saudável (Millon et al., 2004).

## **2.2- Os Modelos de espectro**

Genericamente, os modelos de espectro enfatizam a ideia de um contínuo desde o que é considerado normal, até ao que é considerado patológico. Coimbra de Matos (2002) afirma que: “a *doença psíquica*

*funcional...é um continuum, isto é, um fenómeno de espectro: vai da mais grave à normalidade ou saúde mental, sem soluções de continuidade” (pp.17).*

Os modelos de espectro defendem que as perturbações da personalidade e a depressão se sobrepõem fenomenologicamente e podem reflectir vulnerabilidades comuns que são simultaneamente expressas na mesma pessoa (Mulder, 2004).

Estes modelos vêem uma perturbação como uma versão menos grave de outra perturbação. As perturbações do Eixo II poderiam ser uma versão menos grave das Perturbações do Eixo I, constituindo manifestações diferentes ou fases do mesmo processo de doença subjacente; uma dada perturbação seria uma manifestação ou variante de gravidade da outra (Bockian, 2006; Krupfer, Regier & First, 2002). Existem evidências de que a perturbação da personalidade esquizotípica e a esquizofrenia, por exemplo, podem ter uma relação de espectro (Campos, 2009).

Poderá igualmente existir uma relação de espectro entre as características normais da personalidade e as perturbações do Eixo II, relação de espectro semelhante à que pode ser entre as perturbações da personalidade e as perturbações do Eixo I (Widiger, Verheul, Brink, 1999).

Veja-se o exemplo da depressividade ou dimensão depressiva da personalidade que pode ser considerada como uma dimensão normal da personalidade, que na patologia depressiva, estaria simplesmente exacerbada (noção de espectro). A ideia da depressão enquanto dimensão da personalidade está aliás expressa no modelo dos cinco factores que contém justamente uma faceta denominada depressão (Campos, 2006).

Outro exemplo de uma relação de espectro poderia ser o da distíma, que pode ser vista como uma forma atenuada da perturbação afectiva *major*, tendo esta forma de depressão um impacto adverso nos processos normativos de desenvolvimento. A distíma seria uma forma “extrema” de traços normais da personalidade depressiva, assim como é o resultado ou consequência de stressores de vida, sobretudo os provocados por perturbações da personalidade (Klein, Wonderlich, & Shea, 1993).

O termo predisposição é também usado nestes modelos, mas com um sentido diferente do termo usado nos modelos de vulnerabilidade. Quando se afirma por exemplo que a dependência constitui um factor de predisposição

para o surgimento da depressão, aqui, trata-se de facto, de considerar uma dada perturbação como uma expressão diferente de outra, ou seja, que uma perturbação muda simplesmente as suas manifestações com o passar do tempo (Widiger, Verheul & Brink, 1999), e não que se tratam de perturbações diferentes e que uma constitui vulnerabilidade para a ocorrência de outra.

Faz de facto sentido pensar que a articulação entre personalidade e depressão pode ser feita em termos da noção de continuidade, dimensionalidade ou espectro. Os modelos dimensionais têm subjacente a ideia da existência de uma relação muito próxima entre personalidade e psicopatologia em geral e entre personalidade e depressão em particular (Busch, 2008). Estes modelos consideram a psicopatologia como variações quantitativas extremas num contínuo de gravidade com a personalidade normal, uma variação contínua entre o normal e patológico (Campos, 2009).

Um dos modelos de espectro mais conhecidos é o de Siever e Davis (1991), que refere quatro dimensões psicológicas básicas do temperamento e comportamento que podem mediar e encontrar-se quer nas perturbações do eixo I, quer nas perturbações do eixo II. Subjacente tanto à psicopatologia do eixo I como do eixo II, estariam quatro perturbações fundamentais: da organização cognitiva/perceptiva, da regulação do afecto, do controlo dos impulsos, e da modulação da ansiedade. A desorganização cognitivo-perceptiva caracteriza as perturbações no cluster (A) do eixo II do DSM-IV-TR; a desregulação do afecto e a dificuldade no controlo dos impulsos caracteriza as perturbações do cluster (B), e a ansiedade caracteriza o cluster ansioso-medroso (C). Este modelo de espectro prediz muito bem a ocorrência de situações de comorbilidade (Skodol et al., 1999). Estas quatro dimensões são conceptualizadas como factores causais principais que contribuem um por um ou em conjunto, para o desenvolvimento dos traços de personalidade, das perturbações de personalidade ou das suas variantes mais graves do eixo I. Propõem que as principais vulnerabilidades temperamentais ao nível destas dimensões interajam com as experiências ambientais para dar lugar à psicopatologia (Krupfer, Regier, First, 2002).

### **2.3- Modelos de vulnerabilidade**

Este tipo de modelos afirma que determinadas características da personalidade predispoem os indivíduos para o desenvolvimento de depressão, que a personalidade aumenta a probabilidade do sujeito desenvolver depressão. Indivíduos com um alto nível de neuroticismo, por exemplo, têm uma maior probabilidade de desenvolver depressão do que indivíduos com níveis baixos deste traço (Bagby, Quilty & Ryder, 2008).

Os modelos de vulnerabilidade ou predisposição referem-se à tendência para traços desadaptativos da personalidade, tais como o neuroticismo ou a sensibilidade interpessoal excessiva, poderem predispor um indivíduo a desenvolver depressão. Esta abordagem é popular tanto na teoria como na investigação, porque oferece uma explicação etiológica para a depressão (Mulder, 2004).

De acordo com os modelos de predisposição, a personalidade é determinada por um conjunto diferente de processos do que os que conduzem ao aparecimento das perturbações do humor, mas a personalidade tem um impacto directo na psicopatologia aumentando o risco de desenvolver uma perturbação do humor (Klein et al., 2002).

Estes modelos defendem que uma condição precede e aumenta o risco de aparecimento de outra condição. Assumem diferentes processos etiológicos: um para o desenvolvimento da segunda condição, e outra para o desenvolvimento da primeira condição (designado factor de risco). A segunda condição desenvolve-se, portanto, pelo menos em parte, porque a primeira condição cria factores de risco específicos. Alguns exemplos podem ser determinados stressores ambientais que interagem com a vulnerabilidade pré-existente (por exemplo, o temperamento, os traços de personalidade e os estilos cognitivos) resultando no desenvolvimento de depressão (Shea & Yen, 2005).

Diversos estudos mostraram que determinadas características de personalidade ou que determinadas perturbações da personalidade contribuem para a ocorrência de depressão. Alnaes e Torgersen (citados por Campos, 2006) concluíram num estudo com a duração de 6 anos e com uma amostra de

284 pacientes, que a perturbação borderline contribui para prever o aparecimento de episódios de depressão em sujeitos sem história depressiva.

Alguns dos factores que parecem criar vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão são as dificuldades em contactar com as pessoas de sexo oposto, a necessidade de aprovação, sentimentos de inferioridade relativamente aos outros e de que os outros são pouco amigáveis e não compreendem o próprio, dependência emocional, sensibilidade interpessoal, sensibilidade à crítica, uma baixa motivação para a realização ou necessidade de realização muito intensa como forma de conseguir aprovação e estatuto e acontecimentos negativos na esfera interpessoal (Gilbert, 1992).

Num estudo de Gershuny e Sher (1998) com estudantes universitários, os autores chegaram à conclusão de que um neuroticismo elevado e uma baixa extroversão têm um efeito preditivo da ansiedade e da depressão três anos depois. Num estudo longitudinal de Jorm et al. (2000) que replicou o estudo referido, o neuroticismo predisse de facto a ansiedade e a depressão.

Bockian (2006) verificou que pacientes com características auto-críticas da personalidade, estavam em risco de reincidir na depressão se tivessem vivenciado acontecimentos de vida negativos de cariz interpessoal.

Por outro lado, sendo o neuroticismo um traço que tem precisamente a ver com a susceptibilidade para estados de ansiedade e depressão, a investigação tem mostrado que o neuroticismo e também a extroversão, são traços com efeitos aditivos para a ocorrência da ansiedade e da depressão (Jorm et al., 2000).

Num estudo que investigou a relação entre traços de personalidade, depressão, desespero e ideação suicida em estudantes universitários (Chioqueta & Stiles, 2005), concluiu-se que os sintomas depressivos poderiam ser previstos pelo neuroticismo e abertura à experiência. A ideação suicida foi prevista pelo neuroticismo. Os sintomas depressivos foram previstos pelas *facetras do neuroticismo*, hostilidade e de depressão, e previstos mas numa relação negativa, pela *faceta emoções positivas*, da extroversão, e pelo *factor abertura à experiência*.

Por outro lado, os traços dependentes da personalidade parecem igualmente constituir-se como um factor de risco para o desenvolvimento da depressão em resposta a uma perda interpessoal (Bornstein, 2005).

Um grande número de estudos deu suporte à noção de que as perturbações de personalidade interagem de facto com a depressão. Ilardi, Craighead, e Evans (citado por Bockian, 2006) verificaram que o grau de remissão da depressão unipolar era sete vezes superior em pacientes que não tinham perturbações de personalidade. Os estilos de personalidade e os acontecimentos de vida podem predizer a depressão, não só o seu aparecimento, como o seu prognóstico e recuperação.

No estudo de Daley, Hammen, Davila, and Burge (1998), demonstrou-se que a presença de perturbações de personalidade do Cluster A ou B predizia o aparecimento de depressão numa amostra de mulheres adolescentes do sexo feminino.

Num trabalho que relacionou depressão e personalidade, Peselow, Sanfilippo & Fieve (1994), estudaram os relatos de pacientes relativamente aos traços de personalidade pré e pós-tratamento. Os pacientes tiveram resultados mais altos em escalas que avaliam traços desadaptativos da personalidade relativos a perturbações do cluster A (Esquizóide, paranóide e esquizotípico) e do cluster C (Compulsivo, Dependente, Evitante e Passivo- Agressivo) durante um episódio de depressão major do que depois da recuperação. Os traços do cluster B (Narcísico, Histriónico, Anti-social e *Borderline*) mantiveram-se inalteráveis antes e depois do tratamento, e os traços histriónicos aumentaram depois da recuperação. As características do cluster B, segundo os autores, são menos prováveis de se elevarem durante estados depressivos.

A presença de mais traços de personalidade disfuncionais durante estados depressivos (relativamente a estados de humor eutímico) sugere que determinados estados depressivos agudos podem interferir com o auto-relato relativamente à descrição de características de perturbações da personalidade (Peselow, Sanfilippo & Fieve, 1994), aspecto que referimos antes. Outra explicação é que a demarcação entre características depressivas e características ou traços de algumas perturbações da personalidade não seja tão clara como alguns autores preferem afirmar.

Ou seja que os traços que definem algumas das perturbações de personalidade não sejam independentes do estado depressivo que não se possam tão claramente definir como traços estáveis, independentes dos sintomas estado da depressão e que por conseguinte as fronteiras diagnósticas

possam uma vez mais apresentar-se difusas entre eixo II e eixo I entre perturbações da personalidade e síndromas clínicas (Campos, 2006, 2009).

Parece então poder concluir-se que existe efectivamente uma relação estreita entre personalidade e depressão. Verifica-se aliás na prática clínica, uma elevada sobreposição empírica entre perturbações da personalidade e perturbações depressivas, uma elevada comorbilidade.

No capítulo seguinte, referiremos quais as perturbações da personalidade que tendem a apresentar maior co-morbilidade com a Depressão e como é que se pode compreender essa co-morbilidade, nomeadamente pensando que existe uma evidente sobreposição conceptual entre algumas perturbações da personalidade e as perturbações depressivas.

### **3- Sobreposição entre traços de personalidade e características depressivas**

Independentemente do modelo de relação entre personalidade e depressão que se possa considerar, parece existir uma elevada sobreposição e co-morbilidade entre perturbações da personalidade e perturbações depressivas, aspecto que discutiremos na secção seguinte. A questão parece ser complexa e pode pensar-se que existe uma sobreposição de critérios e mesmo conceptual, aspectos que discutiremos no parágrafo 3.2 desta secção.

#### **3.1- Co-morbilidade entre perturbações da personalidade e depressão**

Feinstein (1970) designou comorbilidade como os casos onde uma entidade clínica adicional distinta ocorre ao longo do curso clínico de uma determinada doença.

Uma vez que existe uma crença comum de que as perturbações da personalidade afectam adversamente o desenvolvimento da depressão, é importante identificar a comorbilidade clínica porque, entre outros aspectos, há uma possibilidade de um melhor prognóstico e de estabelecer estratégias diferenciadas de tratamento para cada uma das condições mórbidas.

Independentemente do modelo que se considere sobre a relação entre personalidade e depressão, a co-morbilidade entre perturbações da personalidade e depressão é muito elevada. A comorbilidade parece então ser mais significativa com as perturbações do cluster C (Eguskiza, 2001; McDermut et al., 2003), assim como com a perturbação borderline (McDermut et al., 2003), esquizóide (Eguskiza, 2001) e esquizotípica (Klein & Miller, 1993).

Vários autores defendem que as perturbações da personalidade são frequentemente encontradas em amostras de pacientes deprimidos. Num estudo (Hirschfeld, 1999) onde foram examinados vários aspectos: a comorbilidade da depressão, especificamente da depressão crónica, com as perturbações da personalidade, o efeito das perturbações da personalidade no tratamento da depressão crónica e ainda o efeito do tratamento da depressão na evolução das perturbações da personalidade, os autores concluíram que nos estados depressivos mais graves, as perturbações da personalidade são

prevalentes e afectam frequentemente, de forma adversa, a resposta ao tratamento. Acresce que, um tratamento eficaz para a depressão, parece contribuir para a melhoria da maioria das perturbações da personalidade também. À medida que os pacientes melhoram no que respeita à sintomatologia depressiva, as suas características disfuncionais de personalidade mais intrincadas, também se alteram, o que mais uma vez faz supor uma relação muito estreita entre personalidade e depressão (Hirschfeld, 1999).

Alguns autores (Sato et al., 1999) exploraram também a comorbilidade das perturbações da personalidade do DSM-III-R com a depressão major, tanto de início precoce (primeiro episódio depressivo antes dos 21 anos de idade) como início tardio. Concluíram que os pacientes com um início precoce tinham maior probabilidade de ter comorbilidade com uma perturbação da personalidade do que os pacientes com um início tardio.

Siever e Davis (1991) propuseram que a comorbilidade entre perturbações dos eixos I e II estaria em conformidade ou poderia ser bem explicado pelo modelo de espectro da personalidade patológica, por eles desenvolvido, o que levaria a esperar que as perturbações do humor fossem mais comuns entre os pacientes com perturbações da personalidade do cluster B, caracterizadas em parte pela desregulação do afecto. As perturbações da ansiedade seriam mais comuns entre os pacientes com perturbações da personalidade do cluster C, que têm défices crónicos na capacidade de lidar com a ansiedade.

Contrariamente, segundo Peselow et al. (1994), a depressão poderá ter uma relação mais significativa com as perturbações da personalidade do cluster A (Perturbação Paranóide, Perturbação Esquizóide e Perturbação Esquizotípica da Personalidade) e de cluster C (Evitante, Dependente e Obsessivo-Compulsiva da personalidade). É possível que o cluster A e o cluster C possam estar mais associados com características depressivas e, que os traços de personalidade do cluster B conduzam a formas de pensamento mais rígidas, o que poderá deixar os sujeitos menos vulneráveis para o desenvolvimento de episódios depressivos.

Por outro lado, Ryder e colegas (Bagby & Ryder, 1999; Ryder et al, 2001), com uma amostra clínica e com uma amostra de estudantes

universitários, concluíram que uma percentagem muito elevada dos sujeitos com perturbação depressiva da personalidade também apresentava distímia. Existe de facto, uma ligação lógica entre a Personalidade depressiva e algumas síndromas do Eixo I. A depressão, mais especificamente a distímia, deveria ser a síndrome co-mórbida mais comum do Eixo I para a personalidade depressiva. Os indivíduos com mais características depressivas da personalidade deveriam estar mais predispostos a desenvolver episódios depressivos *major* (Millon et al., 2004).

Numa revisão de literatura de cinquenta estudos (Zanarini et al., 1990b), os autores concluíram que os pacientes borderline frequentemente preenchem critérios para um grande número de perturbações do Eixo I, particularmente a depressão *major* e o abuso de substâncias. A perturbação *borderline* da personalidade parece ser, aliás, comum entre os pacientes com depressão *major* diagnosticada pelo DSM-III-R (Alnaes & Torgersen, 1990) em conjunto com relatos da co-ocorrência de várias outras perturbações da personalidade.

Skodol e colegas (1999) examinaram a relação entre as características clínicas específicas das perturbações do humor em co-ocorrência com as perturbações da personalidade. Concluíram que em comparação com outras perturbações da personalidade do DSM, as perturbações evitante, *borderline* e dependente estão associadas mais especificamente às perturbações do humor.

Tyrer, Gunderson, Lyons, and Tohen (citado por Magnavita, 2004) na sua revisão de literatura, descobriram algumas das seguintes situações de co-morbilidade: perturbação da personalidade *Borderline* e Depressão; Perturbação Depressiva da Personalidade e Depressão; Perturbação da Personalidade Evitante e Fobia Social Generalizada; perturbações da Personalidade do Cluster B e o Abuso de Substâncias Psico-activas; Perturbações da Personalidade do Cluster B e C e as perturbações do comportamento alimentar e perturbações somatoformes; as perturbações da Personalidade do Cluster C e as Perturbações de Ansiedade e Hipocondria; finalmente, Perturbações da Personalidade do Cluster A e Esquizofrenia.

### 3.2- Sobreposição conceptual

Parece, de facto, existir uma elevada sobreposição empírica entre perturbações da personalidade e perturbações do eixo I em geral e perturbações depressivas em particular. Existem várias possibilidades explicativas para esta elevada sobreposição. Para além da possibilidade de existir uma sobreposição ao nível dos critérios de diagnóstico, poderá pensar-se mesmo numa sobreposição conceptual mais geral, resultante de uma relação muito estreita entre traços ditos de personalidade, e sintomas depressivos. Veja-se o exemplo da baixa auto-estima, já referido que é simultaneamente um traço desadaptativo da personalidade e é também um sintoma depressivo. Por outro lado, e para dar outro exemplo, será que há realmente diferença entre a disforia experimentada por um borderline e por um sujeito com uma depressão crónica? Os critérios de diagnóstico de uma perturbação borderline envolvem características afectivas diversas. O *borderline* apresenta características afectivas, sintomáticas, crónicas ou traços desadaptativos ou disfuncionais de personalidade? *“Ou seja, podemos perguntar até que ponto, numa perturbação afectiva crónica estamos perante traços de personalidade ou sintomas afectivos moderados crónicos, e numa perturbação da personalidade como a borderline, estamos perante sintomas crónicos de humor ou mais uma vez, de traços de carácter afectivo”* (Campos, 2006, pp. 121).

Algumas características disfuncionais da personalidade fazem parte, são elas mesmas características da própria depressão, como são os casos da dependência ou da introversão ou isolamento; são traços e são simultaneamente experiências depressivas, é portanto natural que haja sobreposição de determinadas perturbações da personalidade com a depressão. A depressão anaclítica proposta por Blatt (1974, 2004) envolve características ligadas à dependência que se confundem com os critérios de diagnóstico da perturbação dependente da personalidade (Campos, 2006).

Os sujeitos com um estilo de personalidade depressivo partilham ainda traços com as personalidades masoquista, negativista e borderline. Tanto os depressivos como os masoquistas têm um sentimento de descontentamento, os depressivos sentem-se desesperados e isolados socialmente, enquanto que

os masoquistas, embora também infelizes, conseguem envolver-se socialmente, mas criam situações onde sentem o fracasso e são mal tratados. Os depressivos e os negativistas ou passivo-agressivos partilham um sentimento pessoal de infelicidade, de incompreensão e desvalorização, mas estes últimos sentem que os outros os controlam e tiram vantagens deles; o pessimismo e descontentamento dos sujeitos depressivos são muito mais generalizados. De acrescentar ainda que os negativistas reagem de forma passivo-agressiva e os depressivos não reagem de todo (Millon et al., 2004). Os borderline também partilham traços com os depressivos, como já foi referido, na medida em que ambos experimentam humor depressivo, mas os borderline são mais instáveis emocionalmente, uma vez que as suas emoções podem mudar subitamente do amor para o ódio (Millon et al., 2004).

De forma sintética, talvez se possa dizer que a comorbilidade entre diferentes perturbações, se deve à tentativa de categorização de variáveis que são contínuas e dimensionais por natureza, pelo que é natural que se sobreponham (Campos, 2006). Talvez a classificação de psicopatologia de forma categorial possa ser responsável pela elevada comorbilidade.

### **III: Colocação do problema e hipóteses de investigação**

De uma forma geral podemos dizer que fundamentalmente o objectivo deste trabalho é estudar a relação entre Personalidade e Depressão. A compreensão desta relação é de importância fulcral para um entendimento da depressão do ponto de vista psicológico. Mais especificamente procuramos dar um contributo para o estudo de quais os traços de personalidade que mais se relacionam com a depressão e simultaneamente com a afectividade negativa e com a afectividade positiva. Como também referimos no capítulo anterior a depressão relaciona-se com uma baixa afectividade positiva e com uma elevada afectividade negativa, como é postulado por modelos, como o de Clark e Watson (1991).

Depois da revisão bibliográfica que efectuámos sobre este tema concluímos que a relação entre estes dois conceitos é complexa e pode ser pensada de várias formas. Verificamos também que a delimitação conceptual e empírica entre diferentes perturbações da personalidade por um lado, e as síndromas depressivas por outro, pode ser difícil e imprecisa.

As perturbações da personalidade são frequentemente observadas em amostras de indivíduos deprimidos. A comorbidade entre as perturbações da personalidade e depressão é importante, como vimos, tendo esta associação implicações na compreensão e tratamento da depressão. Verificámos que existem diversos modelos que tentam relacionar personalidade e depressão, sendo os mais importantes: o modelo de vulnerabilidade (os factores de personalidade predispõem o desenvolvimento da depressão) o modelo patoplástico (os factores de personalidade afectam a expressão da depressão) e o modelo de espectro (as causas para a ocorrência de perturbações na personalidade são as mesmas do que para a depressão, que são vistas como variantes em contínuos ou espectros). Também nos foi possível constatar a importância de uma abordagem dimensional do fenómeno psicopatológico em geral, e da depressão em particular. Nesta perspectiva, as perturbações da personalidade devem ser vistas como exacerbação de determinadas dimensões do funcionamento geral normal da personalidade.

Por outro lado, os sistemas de classificação que utilizam dimensões são vistos como mais flexíveis e informativos do que a perspectiva clássica categorial (Campos, 2006).

Uma abordagem de T. Millon, que descrevemos, é um exemplo de modelo dimensional. Millon postula uma grande proximidade entre estilos de personalidade e perturbações da personalidade, vistos numa perspectiva dimensional e de contínuo. Os traços que se encontram nas perturbações da personalidade são desadaptativos e causam sofrimento mas não são qualitativamente diferentes dos traços de personalidade normal. É nesta lógica que faz sentido estudar traços disfuncionais da personalidade que são inerentes às perturbações da personalidade e a sua relação com a afectividade em sujeitos que não têm necessariamente diagnóstico psiquiátrico de perturbações da personalidade, portanto em amostras não clínicas.

Nesta mesma lógica Holliman e Guthrie (1989) apresentam resultados que relacionam as escalas de padrões de personalidade da versão original de MCMI e os sintomas depressivos, numa amostra não clínica. Verificaram que um grupo de sujeitos considerado depressivo, com base no resultado do BDI, apresentou valores significativos e mais elevados nas escalas de padrão esquizóide, evitante, dependente, passivo-agressivo, esquizotípico e borderline, do que um grupo não depressivo.

No mesmo sentido, Campos (2006) verificou que os padrões clínicos esquizóide, evitante, dependente, auto-destrutivo e passivo-agressivo avaliados pelo MCMI-II, se correlacionam com uma medida de traços depressivos.

Por outro lado, as formulações psicanalíticas têm referido como características da personalidade depressiva, a dependência (aspecto anaclítico da depressão), os traços perfeccionistas e o masoquismo (aspectos introjectivos da depressão) (Huprich, 1998).

Que tenhamos conhecimento, nenhum trabalho tentou relacionar características desadaptativas da personalidade típicas das perturbações da personalidade avaliadas pela 2ª edição do MCMI e sintomas depressivos e afectividade positiva e negativa numa amostra não clínica. Holliman & Guthrie (1989) utilizaram a versão mais antiga do MCMI, que tem menos escalas de

personalidade e não estudaram a afectividade positiva e negativa, mas apenas a correlação com os sintomas depressivos avaliados pelo BDI. Para além disto, tentaremos perceber como é que estas características disfuncionais da personalidade, estes traços, se relacionam com os sintomas depressivos, mas considerando os traços, em conjunto, em bloco, se assim se pode dizer, e não individualmente, utilizando um procedimento de análise de regressão múltipla, que como é sabido, considera as variáveis predictoras em blocos.

Assim, e resumidamente, o presente estudo visa dar um pequeno contributo no sentido de estudar quais são os traços disfuncionais de personalidade mais associados à depressão e à afectividade positiva e negativa, numa amostra não clínica. Ou seja, independentemente de questões de diagnóstico e de co-morbilidade, de questões nosográficas, quais são as características disfuncionais da personalidade que tipicamente se associam com a presença de sintomas depressivos, que estão associadas ao estado depressivo e também à afectividade negativa e à afectividade positiva, que como dissemos, permitem de forma muito evidente, caracterizar a depressão. A questão que se pode colocar mesmo, é se a depressão, enquanto afecto e dimensão é mais do que elevada afectividade negativa e baixa afectividade positiva.

Para avaliar os traços desadaptativos da personalidade utilizaremos o Inventário Clínico Multiaxial de Millon (Millon, 1999), mais especificamente consideramos as escalas de padrões clínicos de personalidade (Esquizóide, Evitante, Dependente, Histriónica, Narcísica, Anti-social, Sádica, Compulsiva, Passiva-Agressiva, e Auto-Destrutiva) e de patologia grave de personalidade (Esquizotípica, Borderline e Paranóide). Para avaliar os sintomas depressivos utilizaremos a versão portuguesa da CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2003) e para avaliar a afectividade negativa e positiva utilizaremos a versão portuguesa da PANAS (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005). Para além da correlação entre as escalas do MCMI-II e o resultado na CES-D e nas duas escalas da PANAS, faremos uma análise de regressão múltipla considerando as escalas do MCMI-II como predictoras e os sintomas depressivos como variável dependente, para melhor podermos perceber como é que os traços desadaptativos da personalidade em conjunto, e não individualmente, podem contribuir para prever a ocorrência de sintomas depressivos.

Esperamos encontrar um padrão de correlações específico entre os diferentes tipos de traços desadaptativos de personalidade e os sintomas depressivos, e a afectividade positiva e negativa. Mais especificamente espera-se que os padrões clínicos esquizóide, evitante, dependente, auto-destrutivo, passivo-agressivo, esquizotípico e borderline apresentem correlações positivas significativas com os sintomas depressivos e a afectividade negativa e correlações negativas com a afectividade positiva. Espera-se que alguns destes padrões clínicos possam em conjunto prever os sintomas depressivos, enquanto variável dependente, numa análise da regressão múltipla passo-a-passo.

## **IV: Metodologia**

### **1- Participantes**

Participou uma amostra de “conveniência”, constituída por 187 estudantes universitários, 109 (58,3%) e 78 (41,7%) do sexo masculino. As idades variaram entre 18 anos e 43 anos (M=22,82; DP=4,20). Relativamente à escolaridade, 4 (2,1%) frequentavam o 1º ano, 53 (28.3%) frequentavam o 2º ano, 63 (33.7%) o 3º ano, 47 (25.1%) o 4º ano, 12 (6.4%) frequentavam o 5º ano e 8 (4.4%) não responderam.

A amostra foi recolhida de entre alunos da Universidade de Évora, pertencentes a diversos cursos, como os cursos de Psicologia (N= 123) e Engenharia Informática (N=55), Arquitectura (N=2), Desporto (N=2), Gestão (N=2), Artes Visuais (N=1), Enfermagem (N=1) e o Mestrado em História (N=1).

### **2- Instrumentos de medida**

Foi aplicado um pacote de provas no âmbito de três teses de mestrado constituído pelas provas: Inventário de Relações Objectais (ORI), Parental Bonding Instrument (PBI), Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ), o Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia (PAMaDeP), o Inventário de depressão de Beck (BDI), o Inventário Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II), a Escala de Afectividade Positiva e Afectividade Negativa (PANAS) e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Deste pacote, três provas foram usadas para este estudo, a CES-D, a PANAS e o MCMI-II (anexos A, B e C, respectivamente).

#### *Inventário Clínico Multiaxial de Millon-II*

Para avaliar as características desadaptativas da personalidade foi usado o *Inventário Clínico Multiaxial de Millon II* (Millon, 1987, MCMI-II), que é um inventário clínico de avaliação da personalidade, que permite avaliar as características ou traços de personalidade que caracterizam as perturbações da personalidade e ainda um conjunto de síndromas clínicas. O inventário foi

constituído, tendo por base o modelo teórico de T. Millon (veja-se Millon, 1994, 1996) e está também em consonância com o sistema de classificação do Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (DSM-III-TR). É um inventário constituído por 175 itens, com o formato de resposta Verdadeiro/Falso. Tem uma base teórica sólida e uma lógica multiaxial. Foi construído mediante várias etapas de validação. O facto de usar pontuações com base na prevalência (pontuações BR) e a sua riqueza interpretativa, são aspectos favoráveis à sua utilização (Millon, 1999).

Apesar do MCMI não ter sido construído para a aplicação em populações não clínicas, tem sido utilizado em muitas investigações com este tipo de população (Campos, 2006).

A versão revista do MCMI, MCMI-II, foi publicada em 1987, tendo a versão original sido publicada em 1977. A 1ª versão está em consonância com Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (DSM-III) e o MCMI-II baseou-se no DSM-III-R. Relativamente à 1ª versão, foram desenvolvidas novas escalas para medir as personalidades agressiva (sádica) e auto-destrutiva. Além disso, foram feitas modificações no conteúdo das escalas Borderline, Antisocial e de Depressão Major para reflectir mudanças na conceptualização destas perturbações.

Da sua composição, fazem parte 26 escalas, das quais 4 são escalas de validade, 10 são escalas de padrões de personalidade; Esquizóide (1), Evitante (2), Dependente (3), Histriónica (4), Narcísica (5), Antisocial (6A), Agressiva (6B), Compulsiva (7), Passiva-Agressiva (8A), e Auto-Derrotista (8B); 3 são escalas de patologia da personalidade grave: Esquizotípica (S), Borderline (C) e Paranóide (P); 6 escalas de síndromas clínicas de gravidade moderada; Ansiedade (A), Somatoforme (H), Bipolar (N), Distíma (D), Dependência de álcool (B), dependência de drogas (T); 3 são escalas de Síndromas clínicas graves: Perturbação do Pensamento (SS), Depressão Major (CC) e perturbação delirante (PP) (Millon, 1999). Para a presente investigação foram utilizadas apenas as 10 escalas de padrões de personalidade e as 3 escalas de patologia grave da personalidade.

As qualidades psicométricas do MCMI-II são aceitáveis (Ganellen, 1996; Millon, 1999). No que diz respeito à precisão, em específico à consistência interna, os valores do coeficiente variam entre 0,86 e 0,93 (Mediana= 0,90)

entre os pacientes. Relativamente à garantia teste-reteste, num intervalo de tempo de 21 dias a 4 meses, as correlações variaram entre 0,62 (Borderline) e 0,78 (Compulsivo), com uma estabilidade média de 0,73 para todas as escalas.

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

Para a avaliação dos sintomas depressivos, foi usada a *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977)* adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003). Esta escala tem como base uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, que defende uma visão de continuidade entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais acentuadas. Esta escala é constituída por 20 itens, que foram seleccionados a partir de um conjunto de escalas de depressão já validadas. Estes itens representam as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva identificadas com base na literatura clínica e nos estudos de análise factorial e incluem: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Relativamente às qualidades psicométricas da versão portuguesa, especificamente, a consistência interna, o alpha de Cronbach em três amostras diferentes, varia entre 0,87 e 0,92. No que diz respeito à validade de constructo, foi realizada uma Análise de Componentes Principais e em qualquer uma das amostras estudadas, é possível encontrar uma estrutura muito semelhante à observada nos estudos com a versão original, da prova obtendo-se 4 factores: *afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos e perturbação da actividade e interpessoal*. No entanto, a análise factorial confirmatória permitiu verificar que estes factores estão fortemente correlacionados entre si e que um modelo incluindo, para além destes quatro factores, um único factor de segunda ordem é igualmente adequado (Gonçalves & Fagulha, 2003).

## *Escala de Afectividade Positiva e Afectividade Negativa (PANAS)*

Para medir a afectividade negativa e a afectividade positiva, foi usada a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988), adaptado para a população portuguesa por Galinha, e Pais-Ribeiro (2005). Esta prova é composta por duas escalas, duas listas de adjectivos, uma relativa ao afecto negativo, com 10 itens (perturbado, atormentado, amedrontado, assustado, irritado, nervoso, trémulo, culpado, repulsa e remorsos) e outra de afecto positivo, também com 10 itens (entusiasmado, encantado; inspirado, excitado, determinado, agradavelmente surpreendido, caloroso, activo, interessado, orgulhoso) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Ao longo do processo de adaptação para a população portuguesa, foram excluídos oito itens relativos a alguns tipos de emoções da versão original, que durante essas etapas, apresentaram problemas de compreensão por parte dos sujeitos.

Existem vários formatos de resposta à escala que propõem diferentes situações temporais, pedindo ao sujeito para dizer como se sente, agora, ou seja neste momento, hoje, durante os últimos dias, durante a última semana, durante as últimas semanas, durante o último ano e geralmente, ou seja, em média. No nosso estudo usamos a versão da escala, que se refere a como o indivíduo se sentiu na última semana e que pretende avaliar o estado.

Relativamente à consistência interna, o alpha de Cronbach para a escala de afecto positivo da versão original é 0.88, enquanto que na versão portuguesa é de 0.86, para a escala de afecto negativo da versão original, o alpha é 0.87 e para a versão portuguesa é 0.89. No que se refere à correlação entre as duas dimensões da PANAS, afecto positivo e negativo, é esperado que seja próximo de 0. Na escala original a mesma correlação é -0,17 e, na versão em português é -0,10, o que significa que ambas as correlações são de magnitude idêntica e estão de acordo com o modelo dos autores (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Note-se no entanto, que a magnitude da relação entre afecto positivo e afecto negativo difere consoante o tempo de resposta. A correlação negativa é mais forte quando o relato das emoções se refere a períodos de tempo mais

curtos e em que a intensidade é maior (Diener & Emmons, citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

### **3- Procedimento**

Foi pedida a colaboração de professores da Universidade de Évora, no sentido de disponibilizarem algum tempo das suas aulas, para a recolha dos dados, junto dos alunos. Antes da aplicação, foi pedida a colaboração dos sujeitos, explicada brevemente a natureza do estudo, e foi garantido o carácter voluntariado e confidencial das respostas. Posteriormente foi entregue o pacote com o conjunto de provas, a cada sujeito. A primeira página deste pacote contém instruções sobre a aplicação (anexo D). A aplicação foi feita em grupos, que variavam entre 9 e 55 elementos. Demorou entre 50 e 115 minutos e foi realizada maioritariamente em aulas. Um número residual de participantes respondeu aos questionários, também em grupo, mas numa residência universitária, após se terem voluntariado a pedido de uma das mestrandas.

### **4- Análises estatísticas efectuadas**

Do ponto de vista estatístico, calculámos a correlação entre as escalas de padrões da personalidade e de patologia grave de personalidade do Inventário Multiaxial de Millon (MCMI-II), e o resultado total na CES-D, bem como com o resultado total nas duas escalas da PANAS, afecto positivo e afecto negativo. Foi também realizada uma análise de regressão múltipla, ascendente passo a passo, utilizando as escalas do MCMI-II como predictoras e o resultado na CES-D, como variável dependente.

## **V: Resultados**

A tabela I apresenta os resultados (médias e desvio padrão) obtidos pela amostra total de sujeitos. Nos três instrumentos aplicados calculámos a correlação entre cada uma das escalas do Inventário Clínico Multiaxial de Millon, (MCMI-II) e o resultado total na CES-D e nas escalas de afectividade positiva e afectividade negativa da PANAS.

Como se pode verificar a partir da tabela II, foram obtidas correlações positivas significativas entre a afectividade negativa e o padrão borderline (0,60), masoquista (0,58), evitante (0,58), esquizotípico (0,55), negativista (0,53), esquizóide (0,32), dependente (0,24), paranóide (0,23). Relativamente aos sintomas depressivos, correlacionaram-se significativamente com os padrões borderline (0,55), negativista (0,49), masoquista (0,49), esquizotípico (0,48), evitante (0,45), esquizóide (0,29), paranóide (0,20) e anti-social (0,18).

No que se refere à afectividade positiva, obtiveram-se correlações significativas e positivas com os padrões histriónico (0,21) e narcisista (0,24) e negativas com os padrões: esquizóide (-0,30), evitante (-0,35), negativista (-0,22), masoquista (-0,30), esquizotípico (-0,34) e borderline (-0,31).

Tabela I: Resultados (médias e desvio-padrão) nas escalas do MCMI-II, na CES-D e na PANAS, obtidos pela amostra total dos sujeitos

Escalas	M	DP
<b>Padrões de</b>		
<b>Personalidade (MCMI-II)</b>		
Esquizóide	18, 25	7,10
Dependente	25, 12	7,12
Histriónico	28, 77	9,26
Narcisista	35, 93	10,15
Anti-social	27, 51	10
Sádico	30, 07	10,48
Compulsivo	37, 02	7,63
Negativista	24, 38	10,46
Masoquista	13, 84	12,23
Esquizotípico	16, 11	11,08
Borderline	21, 78	15
Paranóide	25, 55	11,43
Evitante	18, 03	12,17
<b>PANAS</b>		
Afectividade Positiva	31,85	9,61
Afectividade Negativa	17, 71	6,80
<b>CES-D</b>		
Total	17, 13	8,77

Tabela II: Valores de correlação entre as escalas do MCMI-II e o resultado total na CES-D (Sintomas depressivos) e as escalas da PANAS (Afectividade Positiva, Afectividade Negativa)

<i>Escalas MCMI-II</i>	<i>Afectividade Positiva</i>	<i>Afectividade Negativa</i>	<i>Sintomas depressivos</i>
Esquizóide	-0,30**	0,32**	0,29**
Evitante	-0,35**	0,58**	0,45**
Dependente	-0,14	0,24**	0,08
Histriónico	0,21*	0,03	-0,03
Narcisista	0,24**	-0,02	0,02
Anti-social	0,07	0,17*	0,18*
Sádico	0,12	0,11	0,06
Compulsivo	-0,04	-0,03	-0,10
Negativista	-0,22**	0,53**	0,49**
Masoquista	-0,30**	0,58**	0,49**
Esquizotípico	-0,34**	0,55**	0,48**
Borderline	-0,31**	0,60**	0,55**
Paranóide	0,02	0,23**	0,20**
N	181	181	175*

\*\* A correlação é significativa para  $p < 0,01$

\* A correlação é significativa para  $p < 0,05$

No sentido de melhor compreender a relação entre a depressão e os traços desadaptativos da personalidade, realizámos uma Análise de Regressão Múltipla ascendente passo a passo usando as escalas do MCMI-II como variáveis predictoras e o resultado na CES-D como variável dependente (resultados na Tabela III e IV).

Tabela III: Sumário do modelo da análise de regressão múltipla

<i>Predictores</i>	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Mudança em R<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
Borderline	0,55	0,30	0,30	,000
Sádico	0,57	0,33	0,03	,010
Dependente	0,60	0,36	0,03	,005

O modelo foi obtido ao fim de três passos, é significativo ( $R^2=0,362$ ,  $p=0,005$ ) com as escalas de padrões de personalidade Borderline, Sádico e Dependente, a contribuírem para a previsão da variável dependente, os sintomas depressivos avaliados pela CES-D. A distribuição dos resíduos aproxima-se da curva normal (Kolmogorov-Smirnov,  $p>0,50$ ).

Tabela IV: Coeficientes de regressão

<i>Passo</i>	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1			9,70	,00
Borderline	0,32	0,55	8,26	,00
2				
Borderline	0,36	0,61	8,78	,00
Sádico	-0,16	-0,18	-2,60	,010
3				
Borderline	0,41	0,70	9,35	,00
Sádico	-0,24	-0,28	-3,63	,00
Dependente	-0,26	-0,21	-2,86	,01

## VI: Discussão

Calculámos as correlações entre os traços desadaptativos da personalidade avaliados pelas escalas de padrões da personalidade e de patologia grave da personalidade do MCMI-II e os sintomas depressivos avaliados pela CES-D e a afectividade positiva e negativa avaliada pela PANAS. Para além disso realizámos uma análise de regressão múltipla, considerando as escalas de MCMI-II como predictoras e o resultado na CES-D, o nível de sintomas depressivos, como variável dependente.

Como seria esperado, os traços *borderline* correlacionaram-se positiva e significativamente com a afectividade negativa e com os sintomas depressivos (respectivamente 0,60 e 0,55).

A perturbação *borderline* da personalidade implica uma tendência contínua de impulsividade e instabilidade nas relações interpessoais, no afecto e na auto-imagem (APA, 2000). Os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR referem esforços para evitar abandono, relacionamentos intensos e instáveis, impulsividade (ex. abuso de substâncias, promiscuidade sexual), gestos e pensamentos suicidários recorrentes, auto-mutilação, e episódios de raiva.

Os pacientes *borderline* podem ter dificuldade em definir a sua orientação sexual, os seus objectivos de vida, o tipo de amigos que preferem, assim como outros aspectos da auto-imagem. Vêm o mundo como ameaçador e pouco amigável, de forma que poderão ser manipuladores para com os outros por considerá-lo necessário para sobreviver num mundo perigoso. Parecem viver num ciclo constante de crises. Podem ter um historial de vitimização, ou de crime (Gunderson, 2001).

Outra característica frequentemente presente num indivíduo com perturbação *borderline* é a rapidez com que altera a sua opinião relativamente a outra pessoa. Tendem a ver as pessoas em termos absolutos como sendo muito boas ou muito más e mudam de uma opinião para outra rapidamente. Mostram um modelo relacional em que pode haver uma mudança rápida para o desapontamento e raiva pela outra pessoa, onde antes havia aceitação e proximidade (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999).

A perturbação *borderline* da personalidade é uma perturbação complexa e heterogénea, caracterizada por várias combinações de comportamentos

impulsivos auto-destrutivos, instabilidade afectiva, sintomas cognitivos e perceptivos, dificuldades interpessoais e outros sintomas (Oldham, 2004).

A maioria das pessoas com perturbação *borderline* desenvolve também outras perturbações mentais do Eixo I, como dissemos na parte teórica deste trabalho, tais como perturbação do humor, abuso de substâncias, pelo que é desde logo previsível que os traços de perturbação *borderline* de personalidade se possam associar a sintomas depressivos.

O termo desregulação do afecto (ou desregulação emocional), particularmente aplicado à *perturbação borderline*, aponta normalmente para uma deficiência na capacidade para modular o afecto, levando a que o sujeito perca o controlo das suas emoções. Esta dificuldade é demonstrada pela mudança rápida de humor, que se manifesta de forma intensa (Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1990a).

Linehan (1993) sugere que esta vulnerabilidade para a desregulação do humor é caracterizada por uma alta sensibilidade aos estímulos emocionais, elevada intensidade emocional e dificuldade em retomar a estabilidade emocional, depois de uma emoção forte ter sido activada.

Os indivíduos com perturbação *borderline* da personalidade têm falta de um sentido de self coeso; não internalizaram uma auto-imagem estável que possa funcionar como um regulador da experiência interna e da realidade externa. Em adição, estes indivíduos não conseguiram introjectar representações mentais das figuras significativas estáveis; não atingiram a “constância evocativa”. Não conseguem facilmente pensar em imagens de pessoas que não estão fisicamente presentes (Blatt, 1990). Devido a esta dificuldade, tentam manter laços com os outros a todo o custo, mas temem também não conseguir lidar com a intimidade. Lidar com esta ambivalência requer muita energia, o que faz com que não consigam desempenhar outras tarefas diárias de forma adequada (Bornstein, 2005).

Outro tipo de traços que se correlacionaram com a afectividade negativa (0,58) e com os sintomas depressivos (0,47) foram os traços masoquistas ou auto-destrutivos da personalidade. A personalidade masoquista refere-se a um padrão de comportamentos auto-derrotistas em múltiplos contextos e áreas de funcionamento. Estes indivíduos tendem a evitar experiências que possam

gerar prazer e estabelecem relações que terão como resultado sofrimento (Klein & Vocisano, 1999).

Inicialmente o termo masoquista começou por ser associado a uma perversão sexual especificamente masculina, só mais tarde começou a ser associado ao sexo feminino e à submissão. O masoquista auto-destrutivo partilha traços com a personalidade evitante, onde o erro traz algum alívio da ansiedade. Os masoquistas possessivos partilham traços negativistas e tentam levar os outros pela culpa, a permanecerem com eles. Partilham muitos traços com outras perturbações da personalidade, incluindo a depressiva, dependente, compulsiva e borderline. Estão também vulneráveis ao desenvolvimento de distímia, perturbações somatoformes e de pânico (Millon et al., 2004). Campos (2006) encontrou uma relação significativa entre traços masoquistas e traços depressivos da personalidade. Kernberg (1999) postula mesmo uma personalidade depressiva-masoquista da personalidade.

O padrão evitante também se correlacionou significativamente com a afectividade negativa (0,58) e com os sintomas depressivos (0,45). A perturbação evitante da personalidade é uma condição caracterizada por uma timidez extrema, sentimentos de inadequação e sensibilidade à rejeição. São indivíduos que se sentem inferiores aos outros. Esta perturbação é apenas diagnosticada quando estes comportamentos se tornam persistentes e incapacitantes. Nesta perturbação, a perda e a rejeição são tão dolorosos que o indivíduo prefere estar sozinho e não arrisca tentar relacionamentos com os outros. São portanto, indivíduos que normalmente têm poucos amigos, e são frequentemente muito dependentes deles. Podem ser disfuncionais a nível profissional porque evitam interacções sociais (Millon et al., 2004).

Os indivíduos com perturbação evitante da personalidade são apresentados como apreensivos e fechados. As tentativas de os envolver terão como resposta monossílabos e pouco contacto visual, o que é resultado do medo de humilhação do próprio perante os outros. A crença dos indivíduos com perturbação evitante, de que não têm capacidades sociais ou de personalidade, leva-os a evitar activamente as aparições públicas e sociais. Podem relatar medo de corar ou começar a chorar durante um evento social. Os pacientes com perturbação evitante são socialmente inibidos, porque receiam ser inadequados e temem a intimidade social (Hjelle & Ziegler, 1992).

Estes pacientes receiam a rejeição, logo restringem as suas actividades de forma a evitá-la. A ansiedade e a depressão que daí resultam reforçam a auto-avaliação negativa e aumentam o medo da rejeição. Por outro lado, embora estes indivíduos temam a rejeição por parte dos outros, ao contrário de indivíduos com outras perturbações, também desejam o seu amor e aceitação, mas não acreditam que o possam ter, e podem vivenciar muita solidão (Hjelle & Ziegler, 1992). Têm uma auto-estima muito baixa e consideram que qualquer pessoa que não os conheça, não irá gostar deles e irá humilhá-los. Em contexto profissional, estes indivíduos podem recusar promoções com medo de que os seus colegas os invejem, ou podem cancelar uma entrevista com medo de não se vestirem apropriadamente ou de dizer algo errado. Os outros vêem estes indivíduos como tensos, medrosos, solitários e ansiosos (Millon et al., 2004). Devido à presença, nas pessoas evitantes, de uma dimensão de inadequação, desvalorização pessoal, inibição e falta de confiança, não é por isso de estranhar uma relação significativa dos traços evitantes, com a afectividade negativa e com sofrimento depressivo.

O padrão Esquizotípico correlacionou-se significativamente (0,55) com a afectividade negativa e com os sintomas depressivos (0,48). Os sintomas esquizotípicos sugerem um forte exagero e desvio do funcionamento psicológico normal, manifestado por ilusões e ideias de referência, défices interpessoais e motivacionais. As pessoas com traços esquizotípicos têm poucos relacionamentos íntimos e procuram o que é interessante e invulgar, frequentemente sendo levados para o sobrenatural, oculto e místico. São abertos a novas experiências e novas interpretações das ideias convencionais e são curiosos sobre formulações alternativas abstractas do antigo e comum. Acreditam e valorizam as experiências únicas do seu mundo subjectivo (Millon et al., 2004). É muito provavelmente uma dimensão relacionada com a tendência para o isolamento e de retirada social, inibição e anedonia típica das pessoas com estes traços que explica a correlação entre este tipo de traços e o mal-estar emocional (afectividade negativa e sintomas depressivos) bem como pode explicar a correlação significativa entre traços esquizóides e esse mesmo mal-estar afectivo.

Os traços e comportamentos negativistas ou passivo-agressivos também se correlacionam positiva e significativamente com a afectividade negativa

(0,53) e com os sintomas depressivos (0,49). São encontrados com frequência no curso diário da vida. Sentir-se controlado e ter desejos de vingança ou pelo menos dificultar um pouco a vida das pessoas controladoras são pensamentos que a maioria das pessoas tem. Para os negativistas, estes pensamentos são recorrentes. Cada pedido é sentido como uma imposição, responder a eles ou corresponder a expectativas é sentido como submissão e cumprir ordens é visto como humilhação (Millon et al., 2004).

Os indivíduos com esta perturbação sentem muita raiva e agressividade, mas só o demonstram de forma indirecta. Esquecem promessas, desempenham tarefas de forma errada ou adiam a sua resolução, de forma a causar problemas aos outros. Frequentemente queixam-se das exigências excessivas por parte dos outros. Não gostam da autoridade e de quaisquer sugestões para melhorar o seu trabalho e podem discutir quando pressionados para fazer algo. Alguns indivíduos com esta perturbação, podem frequentemente dizer palavras ameaçadoras sobre as figuras de autoridade. Subjacente a esta raiva estão questões de baixa auto-estima. Podem ter dificuldade em escolher uma via profissional, mudando repetidamente. Vivem um conflito interno entre a dependência dos outros e a necessidade de se sentirem independentes. O alcoolismo e a depressão são problemas comórbidos frequentemente (Millon et al., 2004).

Os traços dependentes correlacionam-se de forma significativa com a afectividade negativa (0,24) mas não com os sintomas depressivos. De referir que, as pessoas dependentes têm uma forte vulnerabilidade para o mal-estar emocional e para a depressão, quando determinados acontecimentos disruptivos, normalmente de cariz interpessoal ocorrem, como é amplamente referido na literatura, nomeadamente por Blatt (1990, 2004).

A definição de perturbação dependente da personalidade envolve uma necessidade excessiva e contínua de ser cuidado o que leva a submissão e receios de separação. Estas pessoas têm frequentemente dificuldade em tomar decisões sem ajuda ou apoio dos outros, evitam responsabilidades pessoais, assim como trabalhos que requeiram funcionar e ter posições de responsabilidade. Têm um medo intenso do abandono e desespero quando os relacionamentos acabam, o que geralmente leva a que iniciem imediatamente outro relacionamento. Têm também uma elevada sensibilidade à crítica;

pessimismo e falta de auto-confiança, incluindo a crença de que são incapazes de tomar conta de si próprios; evitam discordar dos outros com medo de perder o apoio e aprovação. Apresentam também inabilidade para criar projectos, dificuldade em estar sozinho, tendência para tolerar maus-tratos e abuso dos outros, colocar as necessidades dos seus cuidadores acima das suas; tendência para ingenuidade e viver em fantasia (Dowson & Grounds, 1995).

Os sujeitos dependentes podem ser mesmo levadas a pensar que o seu valor próprio é definido pela importância que têm para os outros. Acreditam que não podem funcionar sem ter alguém nas suas vidas, que tome as decisões por eles. Tipicamente, focam-se numa pessoa em particular para cuidar deles. Têm dificuldade em fazer críticas e frequentemente concordam com situações que sabem estarem erradas, apenas para manter as relações estáveis. Em situações profissionais são passivos e têm dificuldade em iniciar tarefas, acreditando que os outros podem realizá-las com mais sucesso. Podem funcionar bem quando acreditam que os outros os aprovarão nas suas decisões ou quando têm supervisão. Ao contrário dos indivíduos com perturbação evitante, estes indivíduos não temem a crítica, mas o medo do abandono e a rejeição (Rey, 1996).

Uma outra característica dos sujeitos com traços dependentes é o evitar os comportamentos de autonomia. Os que evitam a autonomia desejam que os outros tomem decisões por eles, caso contrário, são indecisos e têm dificuldade em iniciar ou completar actividades por si próprios. Procuram com frequência direcção e conseqüentemente subordinam a sua autonomia para escolher segundo a vontade dos outros (Livesley et al., 1993).

Por último obtém-se uma correlação significativa entre os traços paranóides e a afectividade negativa e os sintomas depressivos. Do ponto de vista psicodinâmico, a paranóia pode ser vista como o contrário da depressão (Coimbra de Matos, 2001). Umas vezes o indivíduo projecta a culpa sobre o outro, noutras alturas vira-a contra si próprio. Blatt (1990) postula a paranóia no mesmo eixo psicopatológico da depressão introjectiva e da perturbação obsessivo-compulsiva em níveis diferentes, afirmando que os sujeitos se movem muitas vezes ao longo do contínuo desenvolvimental, apresentando expressões psicopatológicas com mais ou menos atributos paranóides, obsessivos ou depressivos.

Relativamente à afectividade positiva, o resultado das correlações com as escalas do MCMI-II não foi muito diferente daquele obtido para a afectividade negativa e com os sintomas depressivos, mas naturalmente com um sentido oposto. Diferentemente, os padrões narcísico e histriónico correlacionam-se positivamente com a afectividade positiva (0,24 e 0,21, respectivamente) quando não apresentaram uma correlação significativa com a afectividade negativa e os sintomas depressivos. O padrão paranóide ao contrário, não se correlacionou com a afectividade positiva, mas correlacionou-se com a afectividade negativa e com os sintomas depressivos.

Os indivíduos com perturbação narcísica da personalidade, apresentam características como arrogância, grandiosidade, necessidade de estimulação e afecto e são indiferentes às necessidades dos outros, logo são indiferentes ao resultado do seu egocentrismo nos outros, o que os torna também pouco empáticos. São auto-centrados e têm atracção pelo poder. Acreditam que são especiais, por isso têm grandes expectativas no futuro. Comportam-se aparentando confiança pessoal e segurança em si mesmos, a que está subjacente muitas vezes um medo de autonomia genuína e uma grande necessidade de aceitação e aprovação (Millon et al., 2004). A relação com a afectividade positiva poderá acontecer porque os indivíduos com este tipo de perturbação, apesar de poderem provocar nos outros emoções negativas, eles mesmo poderão experienciar muita energia, capacidade de concentração e bem-estar. Acreditam serem diferentes dos outros, especiais e superiores, aparentando confiança e força pessoal.

Os indivíduos com perturbação histriónica da personalidade, por outro lado, caracterizam-se como tendo comportamentos de emocionalidade excessiva, e uma procura de atenção constante, assim como uma grande necessidade de aprovação e um comportamento sedutor. São indivíduos superficiais, dramáticos e entusiastas. São caracterizáveis como egocêntricos e manipuladores. Sentem-se desconfortáveis em situações onde não são o centro das atenções e usam a aparência física para chamar a atenção dos outros. O discurso destes indivíduos é excessivamente teatral, assim como os seus comportamentos, exagerando igualmente a expressão das emoções (Millon et al., 2004). Uma hipótese explicativa que colocamos para o resultado da correlação positiva destes traços com a afectividade positiva é a de que, os

indivíduos histriónicos apresentam características, elas mesmo associadas à afectividade positiva, como por exemplo uma certa jovialidade (aparente alegria e energia). Para os histriónicos tudo parece estar sempre bem, o mundo à sua volta parece perfeito desde que recebam a atenção dos outros de que tanto necessitam. Note-se ainda que os traços anti-sociais se correlacionaram positivamente com a afectividade negativa e com os sintomas depressivos, ainda que com uma magnitude mais baixa do que os outros traços. Trata-se de um resultado difícil de explicar e que exige confirmação noutro estudo, nomeadamente com uma amostra clínica.

Na análise da regressão linear múltipla verifica-se que os predictores de sintomas depressivos foram os traços *borderline*, sádicos e dependentes.

O padrão *borderline* relaciona-se de forma directa com a variável dependente, sintomas depressivos. Os padrões sádico e dependente, relacionam-se de forma inversa (respectivamente:  $\beta=-,275$ ;  $\beta=-,210$ ), o que nos permite dizer que quanto mais traços *borderline*, quanto menos traços sádicos e quanto menos traços dependentes mais provável poderá ser que um sujeito possa exibir sintomas depressivos, ou seja, num dado sujeito uma configuração da personalidade marcada por muitos traços *borderline* e uma baixa dependência e por poucos traços agressivos torna o sujeito mais vulnerável a estados depressivos, a experimentar sintomas depressivos.

Esta evolução é talvez o aspecto do funcionamento interno destes indivíduos que melhor poderá explicar o facto dos traços dependentes apresentarem uma relação negativa com os sintomas depressivos. De acordo com os resultados da análise de regressão efectuada, quantos mais traços *borderline* e simultaneamente menos traços dependentes e sádicos o sujeito apresentar, mais provável é de desenvolver sintomas depressivos.

O que o resultado obtido pela análise de regressão sugere é que o indivíduo com fortes características *borderline*, quanto menos traços sádicos tiver e quantos menos dependente for, maior a probabilidade terá de desenvolver sintomas depressivos. Por um lado o indivíduo com esta constelação de traços terá por ventura, menos expressões agressivas, menos acting-out, comportamentos que como se sabe podem justamente servir para evitar a depressão; têm uma função anti-depressiva, o que contribuirá para

aumentar a vulnerabilidade para apresentar sintomas depressivos. Ao mesmo tempo que, ao ser menos dependente dos outros, poderá ter uma menor percepção de ligação, apoio, proximidade, suporte e interacção o que o poderá levar mais facilmente a experimentar mal-estar emocional.

Na organização limítrofe é sempre necessário o apoio de alguém significativo, uma relação anaclítica com o objecto, marcada pela dependência, se este apoio e dependência faltam, então o indivíduo fica mais vulnerável à depressão. A organização limítrofe é caracterizada por uma angústia de separação que está associada à possível perda do objecto anaclítico. Há uma ambiguidade; se por um lado o sujeito tem a necessidade de ter alguém a seu lado, por outro ele sente medo de uma excessiva proximidade. Essa angústia relaciona-se com o passado e com o futuro, ela lembra um passado infeliz, mas remete para uma esperança de salvação futura, salvação essa que viria na relação com o outro, na dependência, e sem ela, essa esperança não existe (Coimbra de Matos, 2001) e a depressão pode desencadear-se. Por outro lado, na personalidade borderline, a passagem ao acto, tendência à acção, é uma forma de preencher o vazio da perda e a ausência do objecto (Coimbra de Matos, 2002). Se o indivíduo borderline não passa tanto ao acto, poderá estar mais vulnerável à depressão. Um menor número de traços agressivos deixa o sujeito mais vulnerável ao mal-estar, mais sensível ao seu vazio interior, menos voltado para o exterior, sendo menos capaz de racionalizar e de “actuar” o seu mal-estar.

O nosso estudo apresenta diversas limitações. Um aspecto que poderá ser apontado como limitação diz respeito às características da amostra, constituída por estudantes universitários. Trata-se de uma população muito específica e homogénea, o que poderá condicionar o tipo de resultados obtidos. A expressão de alguns dos traços de personalidade estudados poderá ser reduzida, numa amostra com estas características.

Estudos futuros poderão tentar colmatar esta limitação, usando amostras clínicas, comparando indivíduos com diferentes perturbações da personalidade, no que respeita à depressão e à afectividade positiva e negativa avaliada por clínicos e não apenas através de medidas de auto-relato.

## VII: Conclusões

Como foi referido, a relação entre personalidade e a depressão tem sido conceptualizada de muitas formas e tem sido objecto de muitos estudos.

No presente trabalho procurámos estudar quais os traços desadaptativos de personalidade (associados às perturbações da personalidade) que mais se relacionam com os sintomas depressivos e com a afectividade positiva e negativa em sujeitos de uma amostra não clínica.

Independentemente da relação que se considere existir entre personalidade e depressão, faz sentido pensar que a depressão é fundamentalmente uma doença psíquica que afecta o funcionamento psíquico, a personalidade, e portanto, faz sentido estudar quais os traços desadaptativos de personalidade associados à depressão, vista por seu lado, como se associando a uma elevada afectividade negativa e a uma baixa afectividade positiva.

No estudo que realizámos, esperávamos encontrar um padrão de correlações entre os diferentes tipos de traços desadaptativos de personalidade e os sintomas depressivos, e a afectividade positiva e negativa, especificamente esperávamos que os padrões clínicos esquizóide, evitante, dependente, auto-destrutivo, passivo-agressivo, esquizotípico e borderline apresentassem correlações positivas significativas com os sintomas depressivos e a afectividade negativa e correlações negativas com a afectividade positiva. Nos nossos resultados, os traços desadaptativos da personalidade que mais se associaram com os sintomas depressivos foram os borderline, negativista (passivo-agressiva), masoquista (auto-destrutiva), esquizotípico, esquizóide, evitante e paranóide. Relativamente à afectividade negativa, para além destes, encontramos os traços dependentes. A afectividade positiva teve correlações significativas positivas com os traços narcísico e histriónico, e correlações negativas com os traços esquizóide, esquizotípico, negativista, borderline, evitante e masoquista. Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura teórica e clínica sobre o tema e com o resultado de alguns estudos empíricos.

Esperávamos ainda que alguns destes padrões clínicos possam em conjunto prever os sintomas depressivos, enquanto variável dependente, numa

análise da regressão múltipla passo-a-passo. De acordo com os resultados obtidos numa análise da regressão linear múltipla, os padrões borderline, sádico e dependente aparecem como predictores dos sintomas depressivos, indicando que quanto menos traços sádicos e dependentes e mais traços borderline o indivíduo tiver, maior a probabilidade de desenvolver sintomas depressivos. A expressão da agressividade poderá ser uma forma de evitar a depressão, bem como a manutenção de uma relação anaclítica que possa servir de suporte ao sujeito. Assim, um sujeito com fortes características borderline e que simultaneamente expresse pouco a agressividade e tenha relações de menor dependência poderá estar mais vulnerável a vivenciar mal-estar emocional.

O objectivo do nosso estudo era dar um pequeno contributo no sentido de compreender melhor o funcionamento interno e quais as características de personalidade dos sujeitos com sintomas depressivos e que vivenciam uma elevada afectividade negativa e uma baixa afectividade positiva. De acordo com os nossos resultados, parece que a vivência de uma afectividade disfórica, se relaciona com características particulares da personalidade e portanto se relaciona com um estilo próprio de funcionamento mental.

## VIII: Bibliografia

- Allport, G. W. (1974). *Personalidade: Padrões de Personalidade*. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo.
- Alnaes, R., & Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 693-698.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III-R*. (3. ed. rev.). Washington D. C.: APA.
- American Psychiatry Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico de Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi (obra original publicada em 2002).
- Bagby, R. M., & Ryder, A. G. (1999). Diagnostic discriminability of dysthymia and depressive personality disorder. *Depression and Anxiety*, 10, 41-49.
- Bagby, R. M., Quilty, L., & Ryder, A. (2008). Personality and Depression. *Can J Psychiatry*, 53, 14-25.
- Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). *Personality, life events, and depression*. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), 279-294.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: two primary configurations and their implications for psychopathology and psychoterapy. In J. L. Singer (eds.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*. (pp.299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Ciochetti & SL Toth (Ed.). *Emotion, Cognition and Representation* (pp. 1-33). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and research perspectives*. Washington DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: two primary dimensions in personality development, psychopathology, and Psychotherapy Barron. In J. W., Eagle, & D. L., Wolitzky. *Interface of*

- Psychoanalysis and Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). Psychodynamic perspectives on personality theory. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 87-106). New York: Pergamon Press.
- Bockian, N. (2006). An Overview of Depression and Theoretical Models of Its Relationship to Personality Disorders. In N. Bockian (org.), *Personality-Guided Therapy for depression*. New-york: Wiley- Interscience.
- Boyle, G. J., Matthews, G., & Saklofske, D. H. (2008). *Handbook of personality measurement and assessment*. Sage Publications.
- Bornstein, R. F. (2005). Psychodynamic Theory and Personality Disorders. In S. Strack. *Handbook of Personology and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Burns, D. D., & Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test to the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), 461-473.
- Busch, F. (2008). Book review: The Theory and Treatment of depression: towards a dynamic interactionism model. *Journal of the american psychoanalytic Association*, 56, 1059-1066.
- Buss, A. H. (1995). *Personality - temperament, social behavior, and the self*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Campos, R. (2006). *Depressivos somos nós: um estudo de conceptualização e avaliação da Personalidade Depressiva e Depressão*, Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Évora, Évora.
- Campos, R. C. (2007). Personalidade depressiva e perturbação depressiva da personalidade: Uma revisão de literatura. *Saúde Mental*, 9 (5), 40-56.
- Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a Depressão, a Personalidade e a Dimensão Depressiva da Personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Clark L. A., & Watson D. (1990). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In Becker J., Kleinman A. (Eds.), *Psychological aspects of depression* (pp. 39-65). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316-336.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd. ed., pp. 399-423). New York: Guilford Press.
- Clark, L. A., & Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, Personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age- Related Differences and Change in Positive and Negative Affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 80*, 136-151.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194* (2), 69-77.
- Corveleyn, J., Luyten, P., & Blatt, S. (2005). *The theory and treatment of depression: Towards a Dynamic Interactionism Model*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daley, S., Hammen, C., Davila, J., & Burge, D. (1998). Axis II symptomatology, depression, life stress during the transition from adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 595-603.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dowson, J. H., & Grounds, A. T. (1995). *Personality Disorders: recognition and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eguskiza, I. (2001). Distimia y personalidad depresiva: Diferenciación clínica. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29*(5), 318-326.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease, 23*, 455-468.

- Fernandes da Fonseca, A. (2001). Prefácio. In A. Coimbra de Matos (Ed.), *A Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido* (pp. Xiii-xiv). Lisboa: Climepsi.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005) Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23, 2.
- Ganellen, R. J. (1996). Comparing the diagnosis efficiency of the MMPI, MCMI-II, and Rorschach: A review. *Journal of Personality Assessment*, Vol 67, 219-243.
- Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (1998). The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 252–262.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hisdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D). In M. M. Gonçalves., M.R Simões., L.S. Almeida., & C. Machado (Coords.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I). Coimbra: Quarteto.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. New York: Wiley.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 14, 967-975.
- Haslam, N. (2007). *Introduction to personality and intelligence*. London: Sage Publications.
- Hirschfeld, R. (1999). Personality disorders and depression Comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10, 142-146.
- Hirschfeld, R., & Cross, C. (1982). Epidemiology of affective disorders: Psycho social risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 39, 39-46.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (1992). *Personality Theories: Basic Assumptions, Research, and Applications*. New York: McGraw-Hill.

- Holliman, N., & Guthrie, P. (1989). A comparison of the Millon Clinical Multiaxial inventory and the California Psychological Inventory in Assessment of a nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 373-382.
- Horowitz, S. (2007). Depression, Positive Affect, and Health: A Bilateral Relationship. *Alternative and Complementary Therapies, 13*, 137-142.
- Huprich, S. K. (1998). Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review, 18*, 477-500.
- Jorm, A., Christensen, H., Henderson, A.S., Jacomb, P.A., Korten, A. E., & Rodgers, B. (2000). Predicting Anxiety and Depression From Personality: Is There a Synergistic Effect of Neuroticism and Extraversion? *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 109, 1*, 145-149.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 30*, 17-30.
- Klein, D. N., & Miller, G. A. (1993). Depressive personality in nonclinical subjects. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1718-1724.
- Klein, M. H., Wonderlich, S., & Shea, M. T. (1993). Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research. In M. H. Klein, D. J. Kupfer & T. Shea (Eds.), *Personality and depression: A current view* (pp. 1-54). New York: Guilford Press.
- Klein, D. N., Durbin, C. E., Shankman, S. A., & Santiago, N. J. (2002). Depression and Personality. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 115-140). New York: Guilford Press.
- Klein, D. N., & Vocisano, C. (1999) Depressive and Self-Defeating (Masochistic) Personality Disorders. In P. Millon., & P. Blaney (eds). *Oxford Textbook*

- of *Psychopathology* (pp. 653-673). New York: Oxford University Press.
- Kupfer, D., First, M., & Regier, D. (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Krueger, R., & Tackett, J. (2006). *Personality and Psychopathology*. New York: The Guilford press.
- Lemma, A. (1996). *Introduction to Psychopahtology*. London: Sage Publications.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual For Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W. L., Jang, K. L., Jackson, D. N., & Vernon, P. A. (1993). Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1826-1831.
- Magnavita, J. J. (2004). *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- McDermut, W., Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (1), 49-60.
- Millon, T. (1990). *Toward a New Personology: An Evolutionary Model*. New York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1996). *Personality and Psychopathology: Building a clinical science* (2 ed.). Oxford: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1999). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II-MCMI-II* (2<sup>a</sup>. ed. rev.) (adaptação espanhola de Ávila-Espada, & F. J. Gómez). Madrid: TEA Ediciones (Original publicado em 1987).
- Millon, T., Blaney, T. H., & Davis, R. D. (1999.). *Oxford textbook of psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Millon, T., & Davis, R. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2<sup>a</sup> ed.
- Ministério da Saúde, (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Imagem, Artes Gráficas, Lda.
- Mischel, W. (1981). *Introduction to Personality*. New York: Saunders College Publishing. 3<sup>rd</sup> Edition.

- Mulder, R. T. (2004). Depression and Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6, 51-57.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality Disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.
- Oldham, J. M. (2004). Borderline Personality Disorder, the dilemma treatment. *Journal of Psychiatric practionner*, 10(3):204.
- Ouimette, P. C., & Klein, D. N. (1993). Convergence of psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of Depression: An empirical review and new data on Blatt's and Beck's models. In J. M. Masling & R. F. Bornstein (eds.), *Psychoanalytic perspectives on psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paris, J. (2005). Nature and Nurture in Personality Disorders. In Strack, S. (ed). *Hanbbook of Personology and Psychopathology* (pp. 24-38). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Peselow, E., Sanfilipo, M., & Fieve, R. (1994). Patients and Informants Reports of Personality Traits During and After Major Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 819-824.
- Pompili, M., Ruberto, A., Girardi., & Tatarelli, R. (2004). Suicidility in DSM IV cluster B personality disorders: An overview. *Ann Ist Super Sanità*, 40, 475-483.
- Portugueses com taxa elevada de Perturbações Mentais*. Acedido em 20, de Abril, de 2010, em:
- Rey, J. M. (1996). Antecedents of Personality Disorders in Young adults. *Psychiatric Times*, 13 (2); ver <http://www.mhsource.com/pt/p960237.html>
- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Dion, K. L. (2001). Chronic low-grade depression in a nonclinical sample: Depressive personality or dysthymia? *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 84-93.
- Robins, C. J. (1995). Personality-event interaction models of depression. *European Journal of Personality*, 9, 367-378.

- Sato, T., Sakado, K., Uehara, T., Narita, T., & Hirano, S. (1999). Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan, *The Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol.187, pp.237-242.
- Shea, M. T., Widiger, T. A., & Klein, M. H. (1992). Comorbidity of Personality Disorders and Depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (6), 857-868.
- Shea, M. T., & Yen, S. (2005). Personality traits, Disorders and Depression: a summary of conceptual and empirical findings. In: Rosenluth, M., Kennedy, S., Bagby, M.R, (eds). *Personality and Depression: Conceptual and Clinical Challenges* (pp 43-64). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A Psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry* 148, 1647-1658.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., & Shea, M. T. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175-182.
- Strack, S. (1999). Millon's normal personality styles and dimensions. *Journal of personality assessment*; 72, pp.426-436.
- Velzen, J. C., & Emmelkamp, P. M. (1996). The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behavior research and therapy*, 34 (8), 655-668.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative Affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*; 54, 1063-1070.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological bulletin*, 109, 429-455.

- Westen, D., & Gabbard, G. O. (1999). Psychoanalytic Approaches to Personality. In Pervin, L. A. & John, O. P. (Eds) (1999). *Handbook of Personality: Theory and Research* (2<sup>nd</sup> ed., 57-101). New York: The Guilford Press.
- Widiger, T. A., Verheul, R., & Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. In L. A. Pervin & O. P. John (eds.), *Handbook of Personality: Theory and research* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.347-366). New York: Guildford Press.
- Wiggins, J. S. (1979). A psychological Taxonomy of trait- descriptive terms: the interpersonal domain. *Journal of personality and social Psychology*, Vol.37, 3, 395-412.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J.G., & Frankenburg, F.R. (1990a). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* APA.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., & Chauncey, D.L. (1990b). Discriminating Borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Psychiatric Association* APA.

# **Anexo A**

**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"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos do que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# **Anexo B**

## PANAS

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante a última semana.

1-Nada ou muito Ligeiramente 2-Um Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Extremamente

\_\_\_ Interessado

\_\_\_ Perturbado

\_\_\_ Excitado

\_\_\_ Atormentado

\_\_\_ Agradavelmente surpreendido

\_\_\_ Culpado

\_\_\_ Assustado

\_\_\_ Caloroso

\_\_\_ Repulsa

\_\_\_ Entusiasmado

\_\_\_ Orgulhoso

\_\_\_ Irritado

\_\_\_ Encantado

\_\_\_ Remorsos

\_\_\_ Inspirado

\_\_\_ Nervoso

\_\_\_ Determinado

\_\_\_ Trémulo

\_\_\_ Activo

\_\_\_ Amedrontado

# **Anexo C**

**MCMI-II**  
(Millon, 1987)

**INSTRUÇÕES**

As páginas seguintes contêm afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem e caracterizarem os seus sentimentos e atitudes.

Não se preocupe se algumas frases lhe parecerem pouco usuais. Elas estão incluídas no questionário para descreverem experiências muito variadas.

Se concordar com uma afirmação ou achar que essa afirmação o descreve, marque V ( F).

Se discordar com uma afirmação, ou achar que essa afirmação não o descreve, marque F (V  F).

Tente responder a todas as afirmações, mesmo que não esteja completamente seguro da sua escolha. Se pensou bem e mesmo assim não consegue decidir-se, marque F.

Não leve muito tempo com cada afirmação

## MCMII-II

### Inventário Clínico Multiaxial de Millon

1. V F Sigo sempre as minhas ideias em vez de fazer aquilo que os outros esperam de mim.
2. V F Sempre me senti melhor a fazer as coisas calmamente sozinho do que com outras pessoas.
3. V F Falar com as outras pessoas tem sido quase sempre difícil e penoso para mim.
4. V F Acredito ter força de vontade e ser determinado em tudo aquilo que faço.
5. V F Nas últimas semanas começo a chorar quando a mais pequena coisa corre mal.
6. V F Algumas pessoas acham-me presunçoso e centrado em mim próprio.
7. V F Quando era adolescente tinha muitos problemas por causa do meu mau comportamento na escola.
8. V F Sinto sempre que não sou desejado num grupo.
9. V F Crítico frequentemente com veemência quem me aborrece.
10. V F Sinto-me satisfeito por ser um seguidor de outros.
11. V F Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não consigo decidir o que fazer primeiro.
12. V F Por vezes posso ser muito duro e mau nas relações com a minha família.
13. V F Tenho pouco interesse em fazer amigos.
14. V F Penso que sou uma pessoa muito sociável e que gosta muito de se dar com os outros.
15. V F Sei que sou uma pessoa superior, por isso não me preocupo com o que as outras pessoas pensam.
16. V F As pessoas nunca me deram crédito suficiente pelas coisas que eu tenho feito.
17. V F Tenho um problema com a bebida que tenho tentado acabar sem sucesso.
18. V F Ultimamente, sinto "borboletas no estômago" e fico com suores frios.
19. V F Tentei sempre expôr-me pouco durante actividades sociais.
20. V F Farei sempre coisas pelo simples facto de poderem ser divertidas.
21. V F Fico muito aborrecido com as pessoas que nunca parecem ser capazes de fazer nada bem.
22. V F Se a minha família me pressiona, é provável que me sinta zangado e resista a fazer o que eles querem.
23. V F Sinto frequentemente que devo ser punido pelas coisas que fiz.
24. V F As pessoas gozam comigo nas minhas costas, comentando a forma como me comporto ou pareço.
25. V F As outras pessoas parecem mais seguras do que eu sobre quem são e o que querem.

26. V F Tenho tendência para desatar a chorar ou ter ataques de fúria por razões que desconheço.
27. V F Comecei a sentir-me sozinho e vazio há cerca de um ano ou dois atrás.
28. V F Tenho tendência para ser dramático.
29. V F Tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando ando.
30. V F Gosto de competição intensa.
31. V F Quando entro em crise procuro rapidamente alguém que me ajude.
32. V F Protejo-me de problemas nunca deixando as outras pessoas saberem muito a meu respeito.
33. V F Sinto-me fraco e cansado a maior parte do tempo.
34. V F As outras pessoas ficam mais zangadas com coisas aborrecidas do que eu.
35. V F O vício da droga sempre me meteu numa série de problemas no passado.
36. V F Ultimamente, dou comigo a chorar sem qualquer razão.
37. V F Acho que sou uma pessoa especial que merece atenção especial dos outros.
38. V F Nunca me deixo enganar por pessoas que dizem que precisam de ajuda.
39. V F Uma forma certa de tornar o mundo pacífico é melhorando a moral das pessoas.
40. V F No passado envolvi-me sexualmente com muitas pessoas que não significavam muito para mim.
41. V F Acho difícil simpatizar com pessoas que estão sempre inseguras acerca das coisas.
42. V F Sou uma pessoa muito concordante e submissa.
43. V F O meu mau génio sempre foi a causa principal dos meus problemas.
44. V F Não me importo de intimidar os outros para conseguir que eles façam o que eu quero.
45. V F Nos últimos anos até a mais pequena das coisas parecia deprimir-me.
46. V F O meu desejo de conseguir fazer as coisas perfeitas atrasa frequentemente o meu trabalho.
47. V F Sou tão sossegado e reservado que a maioria das pessoas nem nota que eu existo.
48. V F Gosto de namoriscar com membros do sexo oposto.
49. V F Sou uma pessoa passiva e medrosa.
50. V F Sou uma pessoa instável, que muda constantemente de ideias e de sentimentos.
51. V F Sinto-me muito tenso quando penso nos acontecimentos do dia.
52. V F Beber álcool nunca me causou problemas sérios no trabalho.
53. V F Ultimamente sinto não ter forças, mesmo pela manhã.
54. V F Comecei a sentir-me um falhado há alguns anos atrás.
55. V F Fico ressentido com pessoas que têm a mania que conseguem sempre fazer as coisas melhor do que eu.

56. V F Sempre tive um medo terrível de perder o amor das pessoas de quem mais preciso.
57. V F Deixo com facilidade que as pessoas se aproveitem de mim.
58. V F Ultimamente, tenho vontade de partir coisas.
59. V F Ultimamente, tenho pensado seriamente em acabar comigo.
60. V F Estou sempre a tentar fazer novos amigos e conhecer pessoas novas.
61. V F Controlo bastante bem as minhas finanças para estar preparado para qualquer eventualidade.
62. V F Estive na primeira página de várias revistas do ano passado.
63. V F Poucas pessoas gostam de mim.
64. V F Se alguém me criticasse por ter feito um erro, rapidamente apontaria alguns dos erros dessa pessoa.
65. V F Algumas pessoas dizem que eu gosto de sofrer.
66. V F Expresso frequentemente os meus sentimentos de raiva e depois sinto-me terrivelmente culpado por isso.
67. V F Ultimamente, sinto-me agitado e sob grande tensão, mas não sei porquê.
68. V F Perco frequentemente a capacidade de sentir quaisquer sensações em partes do meu corpo.
69. V F Acredito que existem pessoas que usam telepatia para influenciar a minha vida.
70. V F Tomar as chamadas drogas ilegais pode ser insensato, mas no passado eu achei que precisava delas.
71. V F Sinto-me sempre cansado.
72. V F Parece que não consigo dormir e acordo tão cansado como quando fui para a cama.
73. V F Tenho feito uma série de coisas estúpidas, por impulso, que acabaram por me causar muitos problemas.
74. V F Nunca perdoo um insulto nem esqueço um embaraço que alguém me causou.
75. V F Devemos respeitar as gerações anteriores e não pensarmos que sabemos mais do que elas.
76. V F Presentemente, sinto-me terrivelmente deprimido e triste a maior parte do tempo.
77. V F Sou do tipo de pessoas de quem os outros se aproveitam.
78. V F Tento sempre agradar aos outros mesmo quando não gosto deles.
79. V F Há vários anos que me ocorrem sérios pensamentos de suicídio.
80. V F Descubro com facilidade como as pessoas estão a tentar causar-me problemas.
81. V F Sempre tive menos interesse pelo sexo do que a maioria das pessoas.
82. V F Não consigo compreender porquê, mas pareço gostar de magoar as pessoas que amo.
83. V F Há muito tempo que decidi ser melhor ter pouco a ver com as pessoas.

84. V F Estou disposto a lutar até à morte para não deixar que ninguém me roube a minha auto-determinação.
85. V F Desde criança que sempre tive de estar alerta face a pessoas que tentavam enganar-me.
86. V F Quando as coisas se tornam aborrecidas gosto de encontrar algo excitante.
87. V F Tenho um problema com o álcool que tem criado problemas, para mim e para a minha família.
88. V F Se alguém deseja fazer algo que exige grande paciência, deve pedir-me a mim.
89. V F Sou provavelmente o pensador mais criativo de entre as pessoas que conheço.
90. V F Não vi um único carro nos últimos 10 anos.
91. V F Não vejo nada de errado em usar as pessoas para obter aquilo que quero.
92. V F A punição nunca me impediu de fazer aquilo que queria.
93. V F Há muitas ocasiões em que, sem razão aparente, me sinto muito alegre e cheio de entusiasmo.
94. V F Quando era adolescente fugi de casa, pelo menos uma vez.
95. V F Digo muitas vezes coisas que me arrependo de ter dito.
96. V F Nas últimas semanas sinto-me exausto, sem razão especial.
97. V F Desde há algum tempo que me tenho sentido culpado por já não conseguir fazer bem as coisas.
98. V F As ideias circulam no meu pensamento sem parar, e não se vão embora.
99. V F Tornei-me bastante desanimado e triste acerca da vida, nos últimos um ou dois anos.
100. V F Muitas pessoas têm vindo a espiar a minha vida privada, há anos.
101. V F Não sei porquê, mas às vezes digo coisas cruéis só para fazer os outros infelizes.
102. V F Detesto ou tenho medo da maioria das pessoas.
103. V F Expresso abertamente a minha opinião acerca das coisas, sem me importar com o que os outros possam pensar.
104. V F Quando alguma figura de autoridade insiste para que eu faça algo, é provável que não o faça ou que o faça mal de propósito.
105. V F O meu hábito de abuso de drogas levou-me a faltar ao trabalho, no passado.
106. V F Estou sempre disposto a ceder em favor de outros para evitar desacordos.
107. V F Estou frequentemente irritado e rabugento.
108. V F Já não tenho forças para ripostar.
109. V F Ultimamente, tenho que repetir as coisas vezes sem conta, sem razão aparente.
110. V F Penso frequentemente que não mereço as coisas boas que me acontecem.
111. V F Uso o meu charme para chamar a atenção das outras pessoas.

112. V F Quando estou sozinho, sinto frequentemente a presença de outra pessoa que não pode ser vista.
113. V F Sinto-me à deriva, sem saber para onde a vida vai.
114. V F Ultimamente, tenho suado muito e sentido-me muito tenso.
115. V F Às vezes sinto que devo fazer algo para me magoar a mim ou a outras pessoas.
116. V F Tenho sido injustamente punido pela lei, por crimes que nunca cometi.
117. V F Estive muito agitado nas últimas semanas.
118. V F Continuo a ter pensamentos estranhos dos quais gostava de me ver livre.
119. V F Tenho tido muita dificuldade para tentar controlar o impulso para beber em excesso.
120. V F A maioria das pessoas pensa que eu não valho nada
121. V F Consigo ficar muito excitado sexualmente quando luto ou discuto com a pessoa que amo.
122. V F Tenho sido capaz, ao longo dos anos, de manter o meu consumo de álcool no mínimo.
123. V F Sempre "testei" os outros para descobrir até que ponto é que eles são de confiança.
124. V F Mesmo quando estou acordado, pareço não notar as pessoas que me rodeiam.
125. V F Tenho muita facilidade em fazer muitos amigos.
126. V F Tento sempre ter a certeza de que o meu trabalho está bem planeado e organizado.
127. V F Frequentemente oiço as coisas tão bem, que isso me incomoda.
128. V F O meu humor parece mudar de dia para dia.
129. V F Não culpo ninguém que se aproveite de quem não se importa com isso.
130. V F Mudei de emprego mais de três vezes nos últimos dois anos.
131. V F Tenho muitas ideias que estão avançadas no tempo.
132. V F Há já algum tempo que me venho sentindo triste e não consigo sair deste estado.
133. V F Penso que é sempre melhor procurar ajuda para tudo aquilo que faço.
134. V F Zango-me frequentemente com as pessoas que fazem as coisas devagar.
135. V F Fico realmente chateado com as pessoas que esperam que eu faça aquilo que não quero.
136. V F Nos últimos anos tenho-me sentido tão culpado, que poderei fazer algo de terrível a mim próprio.
137. V F Nunca me isolo quando estou numa festa.
138. V F Dizem-me que eu sou uma pessoa correcta com sentido moral.
139. V F Por vezes fico confuso e sinto-me incomodado quando as pessoas são simpáticas para mim.
140. V F O meu consumo das chamadas drogas ilegais tem levado a discussões familiares.
141. V F Fico muito apreensivo nas relações com o sexo oposto.

142. V F Há membros na minha família que dizem que eu sou egoísta e que só penso em mim.
143. V F Não me importo que as pessoas não se interessem por mim.
144. V F Francamente, minto com frequência para não ter chatices.
145. V F As pessoas podem mudar facilmente as minhas ideias, mesmo que já esteja decidido.
146. V F Há pessoas que me tentaram “tramar”, mas eu tenho força de vontade suficiente para os neutralizar.
147. V F Os meus pais diziam-me frequentemente que eu não prestava.
148. V F Faço frequentemente as pessoas zangarem-se, mandando nelas.
149. V F Tenho um grande respeito pelos que me são hierarquicamente superiores.
150. V F Não tenho praticamente laços pessoais fortes com nenhuma pessoa.
151. V F As pessoas disseram no passado que eu fiquei demasiadamente interessado e demasiadamente entusiasmado com demasiadas coisas.
152. V F Voei sobre o Atlântico trinta vezes no ano passado.
153. V F Acredito no ditado “deitar cedo e cedo erguer...”.
154. V F Mereço o sofrimento que tenho experimentado na minha vida.
155. V F Os meus sentimentos em relação às pessoas importantes da minha vida passam frequentemente do amor ao ódio.
156. V F Os meus pais sempre discordaram um do outro.
157. V F Já me aconteceu beber dez ou mais bebidas sem ficar bêbado.
158. V F Nos grupos sociais fico quase sempre muito auto-consciente e tenso.
159. V F Eu tenho em grande conta as regras porque acho que são um bom guia a seguir.
160. V F Desde criança que tenho vindo a perder o contacto com a realidade.
161. V F Raramente sinto algo com intensidade.
162. V F Costumava ser realmente inquieto, viajando de lugar para lugar sem saber aonde iria parar.
163. V F Não suporto as pessoas que chegam atrasadas aos encontros.
164. V F Há pessoas velhacas que frequentemente tentam ficar com o crédito das coisas que fiz ou pensei.
165. V F Fico muito irritado se as pessoas exigem que eu faça as coisas à maneira delas, e não à minha.
166. V F Tenho capacidade para ter sucesso em quase tudo o que faço.
167. V F Ultimamente, tenho-me sentido a desfazer em pedaços.
168. V F Pareço encorajar as pessoas que arno a magoarem-me.
169. V F Nunca tive nenhum pêlo nem na cabeça nem no corpo.
170. V F Quando estou com outras pessoas gosto de ser o centro das atenções.

171. V F Pessoas pelas quais tive uma grande admiração inicialmente, acabaram por me desapontar.

172. V F Sou do tipo de pessoas que é capaz de se dirigir a alguém e dar-lhe uma descompostura.

173. V F Prefiro estar com pessoas que me protejam.

174. V F Houve muitos períodos na minha vida em que estava tão contente e gastei tanta energia que me fui abaixo.

175. V F Tive dificuldades no passado em evitar o abuso de drogas ou álcool.

# **Anexo D**

## **INSTRUÇÕES**

Agradecemos desde já a sua colaboração e pedimos a sua atenção para alguns aspectos a ter em conta antes de iniciar as respostas às provas que lhe apresentamos.

Deverá responder pela ordem apresentada. Após terminar o preenchimento de uma prova e iniciar outra, por favor não volte às provas anteriores.

Na primeira prova ser-lhe-ão apresentadas duas folhas onde lhe pedirão duas descrições específicas. O tempo limite é de 5 minutos para cada uma delas, e será avisado quando atingir o tempo limite estabelecido. Nas provas subsequentes não há tempo limite e encontrará um cabeçalho onde constarão as instruções específicas desse instrumento.

Leia as instruções de cada prova porque são diferentes.

Por favor seja sincero/a nas suas respostas e sinta-se à vontade uma vez que estas são anónimas e confidenciais. Não escreva o seu nome em nenhuma das folhas.

Não leve muito tempo com cada prova, mas ainda assim não responda apressada e descuidadamente.

Por último, e também muito importante, não conferencie com os colegas sobre como responder. As respostas são pessoais e devem reflectir apenas a sua opinião.

Mais uma vez, muito obrigada pela sua participação!