



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Duas Configurações Psicopatológicas em Adultos: Correlatos Clínicos e de Auto-Relato numa Amostra de Pacientes Psiquiátricos

Diogo Miguel Cordeiro Soares

Orientador:
Professor Doutor Rui C. Campos

16 de Abril de 2012

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, ao Prof. Doutor Rui Campos pela disponibilidade, dedicação e qualidade da orientação realizada ao longo de todas as etapas de construção deste trabalho. Uma palavra de agradecimento aos Directores dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos Hospitais, pela autorização concedida para a recolha da informação necessária à realização deste estudo. Aos técnicos de saúde mental que orientaram o procedimento de recolha de dados e que nos confiaram os seus pacientes. Não poderia deixar de expressar a minha gratidão aos utentes de consultas externas de psiquiatria que, voluntariamente, aceitaram fazer parte deste estudo. Agradeço a todos aqueles que tornaram possível este trabalho e que fizeram dele uma oportunidade de crescimento e aprendizagem.

Duas Configurações Psicopatológicas em Adultos: Correlatos Clínicos e de Auto-Relato numa Amostra de Pacientes Psiquiátricos

RESUMO

O objectivo do presente trabalho foi estudar as diversas manifestações clínicas e de auto-relato associadas às duas configurações primárias – Anaclítica e Introjectiva, de acordo com a Teoria de Blatt sobre o Desenvolvimento da Personalidade e a Psicopatologia. Participaram 50 pacientes psiquiátricos adultos de dois serviços de psiquiatria. Foi aplicada a versão portuguesa (Campos, 2009) do Questionário de Experiências Depressivas (QED, Blatt et al., 1976) e a versão portuguesa (Canavarro, 1995) do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Derogatis, 1993). Foram calculadas as Correlações de Pearson entre as escalas do QED (Necessidade e Auto-Criticismo) e as 9 dimensões do BSI, e entre as escalas do QED e diversos Correlatos Clínicos. Foram também realizadas duas análises de regressão múltipla. Os resultados sugerem que algumas das características psicopatológicas são típicas de cada uma das duas configurações, enquanto outras são comuns a ambas. A Configuração Introjectiva parece ser constituída por uma maior diversidade de manifestações patológicas, além de que parece associar-se a uma maior gravidade dos quadros clínicos.

Two Psychopathological Configurations on Adults: Clinical Correlates and of Self-
Report on a Sample of Psychiatric Patients

ABSTRACT

The aim of this work was to study the various clinical manifestations and of self-report associated with two primary configurations – Introjective and Anaclitic, according to Blatt's Theory of Personality Development and Psychopathology. The participants were 50 adult patients of two psychiatric services. Two questionnaires were administered: the portuguese version (Campos, 2009) of the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ, Blatt et al., 1976) and the portuguese version (Canavarro, 1995) of the Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1993). We calculated the Pearson's Correlations between the scales of DEQ (Necessity and Self-Criticism) and the nine dimensions of the BSI, and between the scales of DEQ and the clinical correlates. We also conducted two multiple regression analyses. The results suggest that some of the psychopathological features are typical of each of the two configurations, while others are common to both. Introjective Configuration seems to be composed of a greater diversity of pathological manifestations, and it seems to be associated with a greater severity of clinical conditions.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUÇÃO	1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1. O Desenvolvimento da Personalidade e da Psicopatologia – o papel do relacionamento e da auto-definição	5
2. A Perspectiva Teórica de Sidney Blatt.....	11
2.1. A Construção da Personalidade segundo Blatt.....	11
2.2. O Carácter Desenvolvimental do Modelo de Blatt.....	15
2.3. Dos Sintomas à Abordagem Dimensional.....	17
3. As Duas Configurações de Psicopatologia.....	21
3.1. A Origem da Psicopatologia	21
3.2. Os Esquemas Cognitivo-Afectivos	23
3.3. A Classificação da Psicopatologia.....	24
3.4. Da Teoria à Intervenção Terapêutica	27
4. A Configuração Anaclítica.....	31
5. A Configuração Introjectiva.....	35
6. Avaliação Empírica do Relacionamento Interpessoal e da Auto-definição segundo Blatt	41
6.1. O Questionário de Experiências Depressivas	41
6.2. Correlatos Empíricos da Dependência e do Auto-Criticismo	43

6.3. As dimensões Anaclítica e Introjectiva em Amostras Clínicas	45
6.4. Outros Aspectos Específicos do Relacionamento Interpessoal e da Auto-Definição.....	48
ESTUDO EMPÍRICO	51
7. Objectivos e Hipóteses de Investigação	51
8. Metodologia	57
8.1. Participantes.....	57
8.2. Instrumentos	59
8.2.1. Questionário de Experiências Depressivas	59
8.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos	52
8.3. Procedimento.....	64
8.4. Procedimentos de Análise de Dados.....	65
9. Resultados	67
9.2. Correlações entre medidas de Auto-Relato.....	67
9.3. Correlações entre QED e Correlatos Clínicos	69
9.4. Regressões Lineares Múltiplas.....	70
10. Discussão dos Resultados.....	73
CONCLUSÕES	79
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS	89

INTRODUÇÃO

Os mecanismos do funcionamento psíquico humano são fenómenos dinâmicos e complexos que sofrem progressões e regressões ao longo do desenvolvimento. De facto, não podemos pensar os fenómenos psicológicos como sendo estáticos ou estáveis no tempo – não basta classificar ou descrever, é preciso tentar compreender e integrar. Sidney Blatt tem vindo a construir um modelo compreensivo sobre o desenvolvimento normal e psicopatológico, o qual tem vindo a ser testado empiricamente. A sua abordagem permite integrar em duas configurações muitas das patologias descritas em vários sistemas de classificação, e tenta contribuir para a compreensão das inter-relações entre elas, permitindo estabelecer *continuums* dinâmicos entre a normalidade e a patologia psicológica.

A investigação tem demonstrado que as várias psicopatologias podem constituir, basicamente, perturbações em duas tarefas de desenvolvimento normativo, i.é, na capacidade de construir relações interpessoais maduras e mutuamente satisfatórias, e na capacidade de, ao mesmo tempo, desenvolver um *self* definido e suficientemente autónomo. Segundo Blatt, as perturbações psicológicas são desvios nestas duas linhas de desenvolvimento normal e, portanto, tendo em conta as suas características comuns, é possível agrupá-las em duas configurações primárias – Anaclítica e Introjectiva, nas quais os sujeitos apresentam, respectivamente, um padrão típico de Dependência ou de Auto-Criticismo, ou seja, enfatizam o relacionamento interpessoal ou a auto-definição.

O presente trabalho procura, assim, dar um contributo para a compreensão da psicopatologia, através de uma exploração acerca da possibilidade de organizar diferentes características psicopatológicas em termos das duas configurações, segundo o modelo de Blatt sobre o Desenvolvimento da Personalidade e a Psicopatologia. A distinção entre duas configurações facilita a compreensão do funcionamento psicopatológico e o planeamento de estratégias de intervenção mais eficazes para cada sujeito, conforme a dimensão psicopatológica prevalecente em cada caso.

Para concretizar os objectivos deste estudo, serão avaliados 50 pacientes adultos que frequentam consultas externas de dois serviços de psiquiatria. Os sujeitos responderão a dois instrumentos de avaliação psicológica: o Questionário de Experiências Depressivas (QED, Campos, 2009), que permite avaliar as dimensões

anaclítica e introjectiva, e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Canavarro, 1995), que avalia 9 características psicopatológicas diferentes (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo). Serão ainda avaliados diversos aspectos clínicos como, por exemplo, a medicação e o diagnóstico do paciente. Os resultados obtidos nas 9 escalas do BSI e os dados clínicos serão correlacionados com os resultados nas escalas de necessidade e de auto-criticismo do QED, que permitem avaliar, respectivamente, a dimensão anaclítica e introjectiva. Será também usada a metodologia da regressão múltipla.

Após a Introdução, segue-se a primeira parte deste trabalho: a Fundamentação Teórica. No primeiro capítulo são apresentadas várias teorias sobre o desenvolvimento da personalidade, como as de Bowlby, Beck e Arieti e Bemporad. Posteriormente, no capítulo 2, é introduzida a Perspectiva Teórica de Sidney Blatt. Este capítulo tem três secções: A Construção da Personalidade segundo Blatt; O Carácter Desenvolvimental do modelo; e, Dos Sintomas à Abordagem Dimensional.

Depois de ser apresentado o modelo de Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade, segue-se um terceiro capítulo, dedicado às Duas Configurações de Psicopatologia – Anaclítica e Introjectiva. Este capítulo é composto por quatro secções: A Origem da Psicopatologia; Os Esquemas Cognitivo-Afectivos; A Classificação da Psicopatologia; e Da Teoria à Intervenção Terapêutica.

Uma vez apresentada, de uma forma geral, a Teoria de Blatt relativamente ao Desenvolvimento Normal e Patológico da Personalidade, seguem-se dois capítulos (4 e 5) dedicados exclusivamente às duas grandes dimensões de psicopatologia propostas no modelo – A Configuração Anaclítica e A Configuração Introjectiva – onde são apresentadas as várias patologias que integram cada uma destas configurações.

O último capítulo desta Fundamentação Teórica, tem como objectivo apresentar as principais investigações empíricas realizadas em torno das questões do Relacionamento Interpessoal e da Auto-Definição. Em primeiro lugar, é apresentado o instrumento de avaliação psicológica que mais tem sido utilizado para avaliar estas duas dimensões, e que será utilizado neste estudo – O Questionário de Experiências Depressivas; numa segunda secção, são apresentados vários estudos que utilizaram este instrumento – Correlatos Empíricos da Dependência e do Auto-Criticismo; numa terceira secção, são enumerados alguns estudos que, tal como no presente trabalho, utilizaram amostras clínicas para investigar as dimensões anaclítica e introjectiva – As

Dimensões Anaclítica e Introjectiva em Amostras Clínicas; e, por fim, são apresentados outros estudos que tratam de Aspectos Específicos do Relacionamento e da Auto-Definição.

Na segunda parte do trabalho – Estudo Empírico – apresentamos no capítulo 7, os Objectivos e Hipóteses de Investigação: neste capítulo, começamos por descrever e contextualizar o problema principal, e os objectivos do estudo. Por outro lado, apresentamos as variáveis e as hipóteses de investigação mediante a fundamentação teórica apresentada na primeira parte do trabalho.

A Metodologia é descrita no capítulo 8, em quatro secções sucessivas: em primeiro lugar é caracterizada a amostra deste estudo e, posteriormente, os Instrumentos de Avaliação Psicológica utilizados – Questionário de Experiências Depressivas e Inventário de Sintomas Psicopatológicos; as duas secções seguintes têm como objectivo, respectivamente, a apresentação do Procedimento Geral para recolha de dados e o Procedimento de Análise desses Dados recolhidos junto da amostra.

No capítulo 9 apresentam-se os Resultados obtidos em quatro secções: Estatística Descritiva; Correlações de Pearson entre Medidas de Auto-Relato; Correlações de Pearson entre QED e Correlatos Clínicos; e Análise de Regressão Linear Múltipla. A Discussão dos Resultados integra o capítulo 10.

Finalmente, são apresentadas as Conclusões deste trabalho, as Referências Bibliográficas e os Agradecimentos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. O Desenvolvimento da Personalidade e da Psicopatologia – o papel do relacionamento e da auto-definição

Ao longo do tempo, vários teóricos, com diversas perspectivas sobre o desenvolvimento da personalidade, têm-se debruçado sobre as complexas questões da individualidade/auto-definição e do relacionamento interpessoal. De seguida são apresentados alguns contributos teóricos que procuram conciliar estes dois processos centrais do desenvolvimento psicológico.

Inicialmente, muitas abordagens teóricas como as de Blos, Mahler, Perloff, Settlege e Spence, procuraram explicar o desenvolvimento da personalidade como sendo um processo de separação e individuação, através do qual os sujeitos se tornariam progressivamente autónomos e independentes, rumo à formação de uma identidade separada e consistente (Blatt, 2008). Paralelamente a estas *teorias da separação*, foram ainda propostas várias perspectivas (por exemplo, as de Harlow, Maslow e Sullivan) centradas na vinculação e no desenvolvimento do relacionamento interpessoal. Aqui, o sujeito era visto como primariamente motivado para procurar contacto interpessoal, sendo o desenvolvimento psicológico definido pela qualidade dos relacionamentos estabelecidos (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1996).

No entanto, as teorias que enfatizavam apenas a auto-definição ou o relacionamento, como processos centrais no desenvolvimento psicológico, parecem apresentar uma visão limitada da existência humana. De facto, a individualidade e o relacionamento interpessoal constituem, ambos, processos vitais para o desenvolvimento. Assim, alguns teóricos têm defendido a necessidade de considerar estas duas dimensões de forma integrada, explicando a sua importância para o desenvolvimento da personalidade e para o bem-estar psicológico – como é o caso de Sidney Blatt.

A diferenciação e conjugação entre as dimensões anaclítica (relacionamento) e introjectiva (auto-definição) deriva da literatura psicanalítica clássica, ao mesmo tempo que é consistente com as várias investigações clínicas contemporâneas, de diferentes perspectivas teóricas (Blatt, 2004). Vários autores, além de Blatt, como Bowlby (1980),

Arieti e Bemporad (1980) e Beck (1983), propõem uma distinção entre estas duas dimensões, com base na fenomenologia das experiências relevantes para os sujeitos.

Bowlby, explorando a libido e a agressão como os substratos emocionais do desenvolvimento da personalidade humana, estabeleceu a complementaridade que existe entre a capacidade de autonomia e a capacidade de formar vínculos com as figuras significativas (Blatt, 2008), tendo desenvolvido uma teoria da vinculação e da separação para explicar os efeitos das perturbações na relação precoce mãe-bebé. O autor faz a distinção entre três tipos de vinculação relativamente estáveis ao longo do tempo: vinculação segura (característica de crianças confiantes, em que o *caregiver* é sentido como disponível e consistente) e dois tipos de vinculação insegura - vinculação ansiosa-ambivalente (como resultado de um *caregiver* inconstante, ora responsivo, ora não responsivo) e vinculação ansiosa-evitante (frequentemente, como resultado de comportamentos de rejeição do *caregiver*) (Blatt, 2004).

O estilo de vinculação ansioso-ambivalente é caracterizado por ansiedade, dependência e medo de rejeição das figuras significativas, ao mesmo tempo que há uma hostilidade em relação a estas. Tal vinculação na infância é caracterizada por uma elevada procura de atenção, na esperança de se obter o amor desejado, estando simultaneamente presente, um medo de rejeição e abandono. De facto, este padrão de dependência e ansiedade em torno do tema do abandono relembra as descrições de Blatt sobre a dimensão anaclítica da personalidade (Blatt, 2004; Luthar & Blatt, 1993; Jhonson, 2010; Reis & Grenyer, 2002).

Em contraste com o estilo de vinculação ansiosa-ambivalente, Bowlby (1980) sugere que alguns sujeitos tendem a ser independentes de qualquer ligação afectiva, expressando um estilo de vinculação ansiosa-evitante, em consequência de perdas significativas e subsequente negligência nos cuidados ou, em consequência de um estilo parental demasiado crítico e ausente. Nestes casos a criança sente-se, frequentemente, culpada pelo desaparecimento ou negligência dessa figura significativa. De modo a defender-se deste sentimento de rejeição e abandono, a criança tende a tornar-se excessivamente independente e, mais tarde, na adultícia, torna-se uma pessoa distante que desinveste nos relacionamentos interpessoais. Esta descrição parece ser similar à dimensão introjectiva descrita por Blatt (Blatt, 2004; Jhonson, 2010; Reis & Grenyer, 2002). De acordo com Lowyck et al. (2008), as representações mentais relacionadas com a dependência estão positivamente correlacionadas com uma vinculação ambivalente, enquanto as representações

mentais relacionadas com o auto-criticismo relacionam-se com ambos os tipos de vinculação – ambivalente e evitante.

Apoiando a concepção de Blatt, estão ainda as abordagens de Beck (1983), na qual se distinguem dois tipos de depressão, sociotrópica e autónoma, e de Arieti e Bemporad (1980) onde se faz a distinção entre dois tipos de depressão, «*dominant other*» e «*dominant goal*». Ambas as concepções teóricas são congruentes com a diferenciação descrita por Blatt, entre dimensão anaclítica e introjectiva da personalidade (Blatt, 2004; Blatt et al., 1982; Luthar & Blatt, 1993).

Ao contrário de Bowlby, Arieti e Bemporad (1980) enfatizaram as relações entre os aspectos da personalidade adulta e os tipos de depressão, mais do que o papel das relações precoces. Na tentativa de diferenciar padrões de conflito e defesa (e não de distinguir a sintomatologia de cada tipo de depressão), os autores propuseram dois tipos de predisposições ou personalidades, que resultam numa vulnerabilidade à depressão – *dominant other* e *dominant goal*. Para os autores, quando o *dominant other* é perdido ou quando o *dominant goal* não é alcançado, pode emergir uma depressão.

Indivíduos com uma personalidade com orientação para um *dominant other* são tipicamente passivos, manipuladores, têm uma grande necessidade de suporte e afecto e apresentam mecanismos defensivos de evitamento (Blatt et al., 1982). Este tipo de personalidade tem a sua origem na infância, quando a criança, na tentativa de obter o amor e a aprovação dos pais, adopta um comportamento submisso (e permanece ansiosa devido ao medo de perder o amor dos pais). Muitos sujeitos levam ao extremo esta necessidade de cumprir os desejos dos pais, negando o seu próprio prazer só para assegurar a presença do amor parental. Embora habitualmente o *dominant other* seja um dos pais ou algum familiar próximo, também é possível que seja um sujeito colectivo como uma instituição ou o grupo familiar. Ao deixar de receber gratificação do *dominant-other*, a pessoa desenvolve sentimentos de culpa, raiva e inutilidade (Blatt, 2004, 2008).

Por outro lado, os sujeitos com uma orientação *dominant goal*, esforçam-se por alcançar objectivos elevados, apresentando um comportamento arrogante e frequentemente obsessivo (Blatt et al., 1982), no sentido de manterem a auto-estima e de se sentirem admirados e valorizados pelos outros. Arieti e Bemporad admitem que este tipo de personalidade é mais característico dos homens, enquanto o estilo *dominant other* é mais prevalente nas mulheres. A orientação *dominant-goal* é consistente com o estilo introjectivo de Blatt e com o estilo de vinculação ansioso-

evitante, no qual a independência das relações interpessoais se reflecte em comportamentos de arrogância e isolamento. Estes indivíduos revelam, frequentemente, características obsessivas e a depressão ocorre na sequência de um determinado objectivo não ter sido alcançado, tornando-se a vida vazia e sem significado (Blatt, 2004, 2008).

Beck, numa revisão da sua teoria original sobre a depressão, incluiu o papel de duas grandes dimensões da personalidade ou estilos cognitivos, que ele denominou por sociabilidade e individualidade, ou estilo socialmente dependente (sociotrópico) e estilo autónomo (Bartelstone & Trull, 1995; Blatt, 2006, 2008; Luthar & Blatt, 1993; Sohlberg et al., 2006).

A sociabilidade (ou modo socialmente dependente) está relacionada com a proximidade com os outros, incluindo dependência e intimidade. Os sujeitos sociotrópicos são caracterizados como altamente preocupados com as relações interpessoais, estando vulneráveis à depressão quando percebem perda ou rejeição (Bartelstone & Trull, 1995; Luthar & Blatt, 1993; Rector et al., 2000). De facto, a pessoa socialmente dependente é muito sensível à rejeição dos outros, uma vez que há uma intensa necessidade de manter estáveis as relações para assegurar a gratificação e a segurança (Blatt, 2004). Os sujeitos com elevados níveis de sociotropia (ou dependência, na concepção de Blatt), manifestam uma intensa necessidade de ter relações interpessoais próximas (Ouimette et al., 1994; Schulte et al., 2008). Assim, quando os sujeitos sociotrópicos percebem uma perda do objecto que proporciona interacções positivas (suporte, admiração, intimidade, validação, etc.) desenvolvem uma depressão centrada em temas de perda e abandono (Blatt, 2006; Luthar & Blatt, 1993; Sohlberg et al., 2006; Zuroff, 1994).

Quanto à dimensão da individualidade ou modo autónomo, esta relaciona-se com a independência e com a concretização dos objectivos estabelecidos (Blatt, 2008; Rector et al., 2000; Sohlberg et al., 2006). Os indivíduos com elevados níveis de autonomia estão preocupados com a realização pessoal e, geralmente, tornam-se deprimidos em resposta a uma falha pessoal percebida em torno da questão da auto-realização ou em resposta à percepção de falta de controlo sobre o meio (Luthar & Blatt, 1993). Estes sujeitos tendem a ser assertivos, directivos e sensíveis a obstáculos e restrições, particularmente, aqueles que interferem com o alcançar dos objectivos pretendidos (Blatt, 2004). De acordo com Beck (1983), estes indivíduos são relativamente insensíveis às necessidades dos outros, embora sejam também muito severos consigo mesmos. Os sujeitos com elevados níveis de autonomia (ou auto-

criticismo, na concepção de Blatt), revelam uma forte necessidade de auto-definição e auto-controlo (Ouimette et al., 1994). Desta forma, se estas pessoas se percebem impedidas, por forças externas ou internas incontroláveis, de concretizar os seus objetivos, ficam vulneráveis à depressão, que se relaciona, habitualmente, com temas de insucesso e de fracasso (Sohlberg et al., 2006; Zuroff, 1994).

A formulação de uma dialéctica desenvolvimental em torno das dimensões do relacionamento e da auto-definição, tem uma importante implicação na compreensão da psicopatologia. Além das abordagens acima discutidas, de Bowlby, Beck, Arieti e Bemporad, que se centram mais especificamente na depressão, vários outros modelos têm contribuído, claramente, para a compreensão da personalidade e da psicopatologia, com base nas dimensões do relacionamento e da auto-definição.

Freud, na sua abordagem sobre a existência humana, estabeleceu a polaridade fundamental de individuação *versus* vinculação, considerando que o desenvolvimento do sujeito tende a ser o produto da interação entre duas instâncias – a egoísta e a altruísta (Blatt & Blass, 1996; Blatt et al., 2010). Freud contrasta os instintos libidinais, ao serviço da vinculação, com os instintos agressivos necessários à autonomia, mestria e auto-definição. Além disso, o Homem predominantemente erótico, dá uma primazia ao relacionamento com os outros, enquanto o Homem narcísico, tende a perceber-se auto-suficiente, procurando a sua satisfação através dos seus próprios processos mentais (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1996).

Uma distinção similar, embora mais limitativa, foi feita por Jung, entre os estilos de personalidade extrovertido e introvertido. Os indivíduos extrovertidos procuram contactos interpessoais gratificantes e significativos, enquanto os introvertidos dão primazia aos seus próprios pensamentos e experiências, no sentido de manterem um claro sentido de identidade e de auto-definição. Balint, situando-se numa perspectiva das Relações de Objecto, discutiu duas tendências fundamentais no ser humano: uma dirigida para a ligação (ocnofílica) e outra, dirigida para a auto-suficiência, (filobática). Mais tarde, Shor e Sanville, baseados nas formulações de Balint, explicaram o desenvolvimento psicológico como uma oscilação entre a conexão necessária (intimidade) e a separação inevitável (autonomia) (Blatt & Blass, 1996).

Modell, afirma que os sujeitos, ao aceitarem a separação e as limitações dos outros, amadurecem a sua capacidade de amar – uma relação de amor pode ser mantida independentemente das experiências de privação e de ambivalência nessa relação. Schaffer, bem como Bakan e Angyal, também discutiram o relacionamento

interpessoal e a auto-definição como dois processos centrais no desenvolvimento da personalidade. Para eles, é necessário haver um equilíbrio entre estas duas forças, a dependência e a auto-definição, para que haja um desenvolvimento pessoal “ótimo” (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1996). Por sua vez, Helgeson (1994), com base numa extensa revisão de literatura, concluiu que um sentido de autonomia bem como a capacidade de relacionamento são fulcrais para o bem-estar psicológico. Ryan e Deci (2000) desenvolveram a teoria da auto-determinação, a qual enfatiza o papel do relacionamento e da auto-definição no desenvolvimento da personalidade, como factores que contribuem para o crescimento e bem-estar psicológico. Também Kobassa e colegas discutem a importância de integrar as questões do relacionamento e da individualidade, da intimidade e da realização, como tendo ambas um papel central no desenvolvimento (Blatt, 2008). Por seu turno, Helgeson (1994), concluiu que a sobrevalorização de uma destas dimensões, em detrimento da outra está negativamente associada com o bem-estar.

George Klein enfatizou a importância de integrar as experiências do *self* como separado com as experiências de relacionamento. Para este investigador da escola psicanalítica, as necessidades de autonomia são frequentemente manifestas por características como a agressividade, ambição e competitividade. As necessidades de afiliação podem ser expressas pelas ligações familiares e sociais. De acordo com as formulações de Klein, as expressões mais adaptativas e construtivas de autonomia e de afiliação ocorrem quando há um balanço integrado entre estes dois tipos de necessidades (Blatt, 2008).

McAdams propôs uma taxonomia, similar à distinção entre as dimensões anaclítica e introjectiva, com base em padrões de pensamento e comportamento. Partindo da polaridade entre auto-definição e relacionamento interpessoal, McAdams verificou que os sujeitos têm diferentes registos e padrões de funcionamento, descrevendo três tipos de personalidade: “os sábios” (*the sages*), sujeitos que colocam elevado ênfase na auto-definição e baixo ênfase no relacionamento, descritos como controladores, críticos e distantes; os “cuidadores” (*the caregivers*), que se focam no relacionamento interpessoal e menosprezam os aspectos da individualidade, são descritos como afectuosos, gentis e altruístas; e “os pacificadores” (*the peacemakers*) que investem tanto nas questões do relacionamento como da auto-definição (Blatt, 2008).

2. A Perspectiva Teórica de Sidney Blatt

Este capítulo tem como objectivo fazer um enquadramento global da abordagem de Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade. Antes de abordar a psicopatologia, é necessário compreender o processo de desenvolvimento normal pois, as alterações na personalidade, consideradas patológicas, podem ser vistas como enviesamentos em relação ao percurso normal. Em primeiro lugar é apresentada uma visão geral do modelo de Blatt sobre a personalidade, de seguida é discutido o carácter desenvolvimental do modelo e, por último, segue-se um apontamento sobre a necessidade de criar uma abordagem dimensional para a compreensão da psicopatologia.

2.1. A Construção da Personalidade segundo Blatt

Com início na primeira infância, o desenvolvimento psicológico emerge como um processo transaccional entre a criança, em crescimento constante, e o meio, em constante mudança. Desde os primeiros momentos de vida existe um processo dialéctico entre o desenvolvimento do *self* e os relacionamentos interpessoais – a autonomia e o relacionamento constituem duas necessidades básicas do sujeito (Kagıtcıbası, 2005). As experiências de proximidade e separação, proporcionam a construção das bases para o estabelecimento dos processos desenvolvimentais de auto-definição e relacionamento interpessoal (Blatt, 2008). É esta a questão central da perspectiva de Blatt – o desenvolvimento da personalidade ocorre através de uma interacção sinérgica dialéctica entre o desenvolvimento das capacidades de relacionamento interpessoal e o desenvolvimento da auto-definição ou identidade (Blatt & Luyten, 2009).

Vários autores (Feldman & Blatt, 1996; Stern, 1985) verificaram que as dimensões do relacionamento e da auto-definição podem ser identificadas de forma independente, desde logo, nos estados mais precoces. A expressão emocional, a capacidade de alerta e a atenção focada (aspectos da auto-regulação), logo nas primeiras semanas de vida da criança, estão relacionadas com a definição de uma das linhas do desenvolvimento – a capacidade da criança para ser autónoma e para se perceber com entidade separada. A outra linha desenvolvimental envolve a atenção recíproca mãe-bebé e a qualidade das suas interacções. Esta linha,

provavelmente, define o desenvolvimento da capacidade da criança para estabelecer relacionamentos interpessoais (Blatt, 2008).

De facto, a auto-definição e o relacionamento são processos que se desenvolvem e vão interagindo de forma complexa e interdependente, rumo à formação da personalidade. A organização de uma personalidade madura envolve a internalização e integração de níveis de desenvolvimento sucessivos, desde a infância à adultícia, num equilíbrio experiencial entre o relacionamento e a auto-definição. Para Blatt estas seriam as duas grandes linhas do desenvolvimento – por um lado, o estabelecimento de relações interpessoais maduras, estáveis, duradouras e mutuamente satisfatórias e, por outro, a formação de uma identidade estável e diferenciada, realista e consolidada (Blatt, 2008).

Um “sentido do *self* cada vez mais diferenciado, integrado, maduro e sólido, facilita o estabelecimento de relações cada vez mais maduras, estáveis e mutuamente satisfatórias, sendo que, por sua vez, o estabelecimento de relações interpessoais de qualidade possibilita o desenvolvimento de uma identidade ou auto-definição mais evoluída” (Blatt & Luyten, 2009; Campos, 2003). De facto, relacionamentos significativos e satisfatórios contribuem para a evolução do conceito de *self* ao mesmo tempo que, um sentido do *self* em evolução, capacita o sujeito a alcançar níveis mais maduros de relacionamento interpessoal. Portanto, a realização de uma das tarefas (relacionamento ou auto-definição) facilita o desenvolvimento da outra. Por exemplo, o desenvolvimento de um auto-conceito coerente e estável, é contingente ao estabelecimento da confiança básica nas relações precoces. Por sua vez, um auto-conceito estável e coerente permite um envolvimento maior em relações complexas e maduras. Pode dizer-se que o desenvolvimento normal é contingente com a integração e coordenação de ambas as tarefas, enquanto a psicopatologia supõe um ênfase defensivo numa delas, em detrimento da outra (Shahar et al., 2004).

Assim, as duas dimensões da personalidade – relacionamento e auto-definição desenvolvem-se ao longo do ciclo vital, cada um influenciando a forma e o significado dado às experiências psicológicas (Blatt & Luyten, 2009). Estas duas tarefas são centrais, respectivamente, nas duas linhas desenvolvimentais primárias: a linha anaclítica e a linha introjectiva – distinção que facilita não só a especificação da continuidade entre o normal e o patológico como também, a compreensão das complexas relações entre as diversas formas de psicopatologia (Campos, 2003).

Verifica-se que mesmo dentro do espectro da normalidade, os sujeitos tendem a colocar um ênfase numa destas dimensões – no relacionamento ou na auto-definição. Portanto, este relativo ênfase numa ou noutra dimensão da experiência humana, permite delinear dois estilos básicos de personalidade, cada um com formas características de perceber os acontecimentos, com diferentes estilos cognitivos, de defesa e adaptação (Blatt, 2008) e, com formas específicas de representação do objecto e do *self* (Blatt & Luyten, 2009).

De facto, apesar de a normalidade ser teoricamente definida como uma integração das duas tarefas básicas de desenvolvimento, dentro da própria normalidade os indivíduos podem dar ênfase a uma delas em detrimento da outra (Campos, 2000a). Os sujeitos normais tendem a manter um equilíbrio entre estes dois focos da experiência mas, ainda assim, acabam por privilegiar uma ou outra dimensão, criando-se os dois estilos de personalidade distintos (Blatt, Besser & Ford, 2007).

Desta forma, é possível distinguir duas configurações normais da personalidade, consoante o sujeito está mais focalizado numa ou noutra linha do desenvolvimento – estilo anaclítico, se o ênfase for colocado nas relações, ou estilo introjectivo, se o ênfase for colocado na individualidade (Campos, 2009; McBride et al., 2006). Estes estilos divergem relativamente às suas motivações, atitudes e crenças sobre o *self* e os outros, estilos relacionais e estratégias de *coping* (Campos, 2000a; Santor, 2003).

Blatt (1974) e Blatt e Shichman (1983), usaram o termo anaclítico para o estilo de personalidade predominantemente focado no relacionamento interpessoal. Este termo foi utilizado por Freud (1905, 1963, 1915, 1957 cit. in Blatt, 2008), do grego *anklitas* (*to rest/ learn on*) para caracterizar as relações interpessoais que derivam das experiências mais precoces de dependência interpessoal, onde as necessidades, como a fome, são preenchidas junto do objecto de amor. Indivíduos com uma personalidade anaclítica são orientados para o objecto, procurando sobretudo a harmonia, a confiança e o bem-estar nos relacionamentos interpessoais. Estes sujeitos procuram experiências de fusão e harmonia com os outros, atenção e proximidade (Ainsworth, 1969; Blatt, 2008). São mais sensíveis às questões interpessoais, são mais distraídos, passivos, dependentes, ingénuos e preferem os sentimentos às ideias. São mais sensíveis a experiências tácteis e cinestésicas e são mais orientados para a acção. Tendem a evitar juízos críticos e vivem sobretudo no

presente (Blatt, 2006, 2008; Blatt & Luyten, 2009; Lowyck et al., 2008; Luthar & Blatt, 1993; Viglione et al., 1995).

O seu pensamento é mais simultâneo do que sequencial e, sobre a forma de síntese integrativa dos elementos numa unidade (ao contrário dos sujeitos introjectivos, que tendem a fazer uma análise separada dos elementos e dos detalhes) (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009; Campos, 2003). Portanto, a personalidade anaclítica é caracterizada por uma forte tendência para procurar a fusão, harmonia, integração e síntese. O foco é nas experiências pessoais: nos significados, sentimentos, afectos e reacções emocionais (Blatt, 2006; Blatt & Luyten, 2009).

Os sujeitos anaclíticos são mais orientados pela intuição e o seu pensamento é sobretudo figurativo e baseado no afecto e nas imagens visuais, sendo determinado por sentimentos. O seu instinto é, geralmente, de natureza libidinal. Os principais mecanismos de defesa são de tipo evitante (Blatt, 2008; Campos, 2003, 2010b). Pode dizer-se que uma dependência adaptativa reflecte a capacidade de desenvolver relações maduras e mutuamente satisfatórias (Blatt, 2004; McBride et al., 2006). Porém, um excessivo foco na dependência torna a pessoa vulnerável ao abandono e ao desamparo (Blatt, 2004).

Relativamente a manifestações clínicas, os traços anaclíticos estão muitas vezes relacionados com perturbações alimentares e de abuso de substâncias (especialmente abuso de anfetaminas e álcool), bem como com alguns comportamentos anti-sociais relacionados com uma procura desesperada de atenção. Os sujeitos tendem a manifestar ideação suicida com o objectivo de comunicar aos outros a sua insatisfação e infelicidade mas, sem intenção de se magoarem ou provocar danos (Blatt, 2008; Schulte et al., 2008).

O termo “introjectivo” designa a organização da personalidade primariamente focada na auto-definição. Introjecção foi o termo usado por Freud (1917, 1957 cit. in Blatt, 2008) para descrever o processo através do qual os padrões culturais, os valores e os princípios são assimilados pelo *self*, de modo consciente ou inconsciente. Na configuração introjectiva da personalidade, os sujeitos são dominados por preocupações com a identidade, o prestígio, o controlo e o poder (Blatt & Luyten, 2009; Lowyck et al., 2008).

Estas pessoas são tipicamente cautelosas e metódicas, comparando e contrastando alternativas, avaliando as situações e as ideias detalhadamente até tomarem uma decisão ou partirem para uma acção (Blatt, 2008). Portanto, os factos, a lógica, a causalidade, a consistência e a exploração crítica e rigorosa dos detalhes

sobrepõem-se às relações afectivas, pelo que estes sujeitos tendem mais a isolar-se, menosprezando o contacto interpessoal (Blatt, 2006; Blatt & Luyten, 2009). Além disso, são bastante hesitantes quando têm de tomar algum compromisso mas, uma vez tomado, sentem-se obrigados a mantê-lo (Blatt, 2008; Campos, 2003).

Os indivíduos introjectivos são frequentemente mais introvertidos, irritáveis, distantes e críticos deles próprios e dos outros. As suas interacções são relativamente hostis e desprovidas de prazer. Quanto aos mecanismos defensivos, estes são geralmente neutralizantes, ou seja, são mecanismos que, ao contrário dos mecanismos evitantes, não evitam o conflito mas tendem a transformá-lo numa forma alternativa aceitável (Blatt, 2008; Campos, 2003; Lowyck et al., 2008; Blatt & Luyten, 2009).

As experiências e decisões dos sujeitos introjectivos são principalmente determinadas por avaliações internas (Blatt & Luyten, 2009). O instinto primário é a agressão e a auto-afirmação, com o objectivo de alcançar autonomia e poder, ao serviço da necessidade de diferenciação e auto-definição. As pessoas com este estilo de personalidade tendem a ser mais constantes, responsáveis, confiantes, insensíveis, organizadas, utilizando a lógica e a razão em detrimento das emoções e dos sentimentos. Valorizam as suas próprias ideias e perspectivas, usando-as como principal ponto de referência e, procuram influenciar os outros a aceitarem e a conformarem-se com elas. Nas relações interpessoais, estes sujeitos tendem a querer dominar e controlar, criticando as ideias dos outros (Blatt, 2008).

As investigações clínicas em torno da dimensão introjectiva da personalidade têm revelado que estes sujeitos têm baixa auto-estima, sintomas depressivos, são excessivamente preocupados, têm um afecto predominantemente negativo e, tendem a culpabilizar-se e a ruminar excessivamente sobre o tema da crítica, tanto voltada para si como para os outros (Dunkley & Blankstein, 2000; Dunkley et al., 2003; Jhonson, 2010; Vettese & Mongrain, 2000; Zuroff et al., 1983).

2.2. O Carácter Desenvolvimental do Modelo de Blatt

Erikson (1950) descreveu numa sequência de estádios de desenvolvimento, a forma como os processos de identificação e socialização potenciam o sujeito a progredir de uma dependência infantil para uma identidade consolidada. Note-se que a questão do relacionamento não é enfatizada por Erikson mas sim, a integração das percepções do sujeito como separado e distinto dos outros. Porém, o seu modelo não

é exclusivamente um modelo de identidade e separação. De facto, a vinculação e os relacionamentos estão implícitos nas formulações de Erikson (Blatt & Blass, 1996). As revisões exaustivas do seu modelo, demonstram claramente que considerava o desenvolvimento dialéctico entre o relacionamento interpessoal e a auto-definição (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009).

No sentido de proporcionar uma melhor compreensão do desenvolvimento da personalidade, Blatt introduziu algumas modificações na abordagem de Erikson. Desta forma, além de acrescentar um novo estágio (cooperação/ alienação), seguidamente, Blatt dividiu os nove estádios nas duas linhas paralelas de desenvolvimento – relacionamento/ vinculação e separação/ auto-definição (Blatt, 2006; Blatt & Blass, 1996).

À linha do relacionamento pertenceriam os estádios I, IV e VII, respectivamente, confiança/desconfiança, cooperação/alienação e intimidade/isolamento. Portanto, o desenvolvimento das relações interpessoais ocorre numa sequência que começa na partilha de experiências afectivas mãe-bebé, passando pelo desenvolvimento das capacidades de cooperação com os membros da família (e mais tarde com os pares), até ao desenvolvimento de relações íntimas, recíprocas e consistentes (Blatt, 2008).

A linha da auto-definição é constituída pelos restantes estádios do ciclo de vida - autonomia/vergonha (II), iniciativa/culpa (III), realização/inferioridade (V), identidade/difusão da identidade (VI), generatividade/estagnação (VIII) e integridade/desespero (IX) (Campos, 2003). Assim, o desenvolvimento da identidade ou individualidade ocorre numa sequência de fases que podem ser descritas do seguinte modo: numa primeira fase, o desenvolvimento precoce de autonomia através de experiências progressivas de separação, posteriormente, a emergência da capacidade de iniciar uma actividade determinada pelo *self* e mais tarde, numa fase de maturação superior, a capacidade de planear acções e estabelecer objectivos com um propósito específico (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1996; Blatt & Luyten, 2009).

Neste modelo de Erikson reformulado, o desenvolvimento começa com um foco na relação interpessoal – especificamente com o estágio de confiança/desconfiança. Em condições óptimas, o desenvolvimento de confiança nas relações interpessoais, possibilita o início da construção de autonomia e da relativa independência dos outros. De facto, este estágio é prévio às duas fases precoces do desenvolvimento da auto-definição – autonomia/vergonha e iniciativa/ culpa. Estas primeiras expressões de auto-definição são seguidas pelo novo estágio (integrante da

linha de relacionamento interpessoal), cooperação/ alienação e, posteriormente, por dois estádios de auto-definição, indústria/ inferioridade e identidade/ difusão da identidade. Estas expressões mais maduras de auto-definição são seguidas pelo estádio mais evoluído do relacionamento interpessoal, intimidade/ isolamento, anterior aos estádios superiores da auto-definição – generatividade/ estagnação e integridade/ desespero (Blatt & Shichman, 1983).

Embora estas duas linhas de desenvolvimento interajam ao longo de todo o ciclo de vida, elas desenvolvem-se de uma forma relativamente independente, desde as fases mais precoces até à adolescência. A integração do conceito de *self* e do conceito de “outro” num conceito de “nós”, ocorre primeiramente com o surgimento do pensamento operatório e com a resolução do conflito edipiano mas, a sua concretização mais definida ocorre na adolescência, aquando do aparecimento do pensamento formal (Campos, 2003). Neste período, as tarefas desenvolvimentais passam por integrar expressões mais maduras das duas dimensões, ou seja, ocorre uma síntese e integração dos vários aspectos da individualidade e do relacionamento onde a capacidade de partilhar com os outros é coordenada com um sentido de individualidade (Blatt, 2008). A síntese destas duas linhas desenvolvimentais de relacionamento e auto-definição, na adolescência, leva a expressões mais maduras nas relações íntimas, caracterizadas pela reciprocidade mas, sobretudo a maiores expressões de individualidade, reflectida na capacidade de estabelecer compromissos, valores e objectivos (Blatt & Blass, 1996; Blatt & Luyten, 2009). De facto, embora se trate de uma fase integrativa, a adolescência é uma fase onde as características introjectivas surgem frequentemente exacerbadas devido à necessidade do sujeito em criar um *self* diferenciado e autónomo (a par de um desejo de permanecer dependente). Também os estádios de intimidade e generatividade são expressões integrativas e cumulativas de níveis de desenvolvimento anteriores de individualidade e relacionamento interpessoal, consolidados numa identidade madura. A última e mais completa síntese do relacionamento e da auto-definição ocorre no estádio da integridade (Campos, 2003).

2.3. Dos Sintomas à Abordagem Dimensional

Conforme referimos, o relacionamento interpessoal e a auto-definição são duas dimensões psicológicas centrais no pensamento psicanalítico. Estes construtos providenciam uma base teórica que facilita a percepção de continuidades ao longo do

desenvolvimento da personalidade, a compreensão das psicopatologias como variações relativamente à personalidade normal e até, os mecanismos de acção terapêutica. A identificação destas continuidades permite considerar as várias formas de psicopatologia, não como entidades diagnósticas isoladas e baseados em sintomas mas sim, como patologias que emergem de alterações no processo de desenvolvimento psicológico normal (Blatt, 2006).

O propósito do diagnóstico psicopatológico é claro, trata-se de compreender melhor as dinâmicas e as circunstâncias que levam as pessoas a desenvolver perturbações emocionais bem como, facilitar o enquadramento de uma intervenção adequada. E de facto, a maioria das investigações clínicas, avaliações, diagnósticos e tratamentos, tendem a focar-se em perturbações psiquiátricas específicas definidas primariamente pelos sintomas manifestos dentro de sistemas categoriais ateóricos. Porém, vários investigadores têm vindo a reconhecer a necessidade de compreender o funcionamento psicopatológico numa perspectiva desenvolvimental (Blatt & Luyten, 2009). Apesar da controvérsia em torno do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (APA), esta taxonomia de diagnóstico tem vindo a prevalecer nos contextos de saúde mental (Blatt & Levy, 1998).

Contudo, a investigação tem levantado vários problemas inerentes à abordagem do DSM sobre o diagnóstico das perturbações mentais. As críticas feitas incluem: a ausência de uma teoria coesa e de uma perspectiva desenvolvimental; a rígida delimitação entre os estados normais e patológicos; a excessiva preocupação com sinais e sintomas; a prevalência de um sistema categorial sobre o dimensional; os limites inflexíveis ou pontos-de-corte abusivos para formular diagnósticos; o elevado nível de sobreposição ou comorbilidade entre perturbações aparentemente distintas; a implementação de categorias diagnósticas separadas e independentes sem haver quaisquer considerações sobre as possíveis relações entre elas; o tratamento das várias categorias como equivalentes, sem ser estabelecida uma hierarquia entre as perturbações; a insuficiente atenção sobre as questões da validade; a ausência de uma abordagem às questões terapêuticas e etiológicas. Além disto, o foco isolado sobre os sintomas manifestos pode resultar em inúmeros diagnósticos falso-positivos e falso-negativos (Blatt & Levy, 1998; Blatt & Luyten, 2009).

Especialmente, a preocupação com a elevada comorbilidade entre perturbações e a insustentável diferenciação entre perturbações do eixo I e II, tem levado os investigadores a considerar uma abordagem mais centrada na pessoa, em alternativa

à abordagem centrada nos sintomas, proposta pelo DSM – uma abordagem desenvolvimental focada nas dinâmicas interpessoais e nas experiências de vida que contribuem para um funcionamento psicológico mais ou menos adaptativo, quer se trate de crianças, adolescentes ou adultos. De facto, as complexas questões da multifinalidade e equifinalidade têm vindo a gerar problemas a nível do diagnóstico – sintomas similares emergem de diferentes etiologias (equifinalidade) e, dependendo de uma variedade de factores e circunstâncias, a mesma etiologia pode expressar-se em diferentes perturbações (multifinalidade) (Blatt & Luyten, 2009).

Para Blatt, as abordagens à psicopatologia, baseadas em sintomas e, supostamente, atóricas, contribuem pouco para a compreensão do funcionamento psicopatológico e, conseqüentemente, para a intervenção terapêutica (Campos, 2010a). Foi no sentido de ultrapassar estas limitações apontadas ao DSM que Blatt propôs uma abordagem dimensional de classificação das perturbações mentais. O autor acredita que desta forma é possível aumentar a fiabilidade e validade do diagnóstico psicopatológico.

Os problemas dos sistemas de diagnóstico categoriais podem ser reduzidos, consideravelmente, através da utilização de um sistema de diagnóstico que defina as perturbações a partir de uma perspectiva desenvolvimental – um sistema que estabeleça as bases desenvolvimentais normativas, facilitando a compreensão das perturbações destes processos de desenvolvimento normal. Uma abordagem desenvolvimental da personalidade e da psicopatologia pode proporcionar uma perspectiva longitudinal para a investigação da interacção entre os factores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para as várias formas de psicopatologia que ocorrem como perturbações do desenvolvimento normal (Blatt & Luyten, 2009).

Mais do que refinar as categorias diagnósticas do DSM, é importante considerar a forma como as perturbações no desenvolvimento precoce podem levar a diferentes formas de psicopatologia ao longo de toda a vida. “Uma abordagem longitudinal do desenvolvimento da personalidade e da psicopatologia que especifique o percurso desenvolvimental desde a infância à adultícia, tem um considerável potencial para o desenvolvimento de um sistema de diagnóstico mais coerente e compreensivo” (Blatt & Luyten, 2009).

Uma classificação teórica, tendo como base as dimensões conceptuais da auto-definição e do relacionamento, além de ter como objectivo, aumentar a fiabilidade e validade dos diagnósticos, procura ainda servir de orientação para os processos terapêuticos, bem como, para a compreensão da etiologia de uma vasta gama de

psicopatologias, especialmente a depressão e as perturbações da personalidade (Blatt & Blass, 1990; Blatt & Levy, 1998). Nos capítulos seguintes, estas duas configurações psicopatológicas serão descritas em pormenor.

Em suma, podemos dizer que, Blatt e colegas (Blatt & Blass, 1990; Blatt & Shichman, 1983) propuseram um modelo com duas polaridades, no qual os processos de relacionamento interpessoal e auto-definição (ou vinculação e separação) são vistos como dimensões psicológicas fundamentais para a compreensão do desenvolvimento da personalidade, das variações na organização da personalidade normal e da psicopatologia, bem como dos processos de mudança terapêutica (Blatt, 2006; Blatt & Shichman, 1983). O desenvolvimento da personalidade envolve, desde a infância à velhice, uma complexa transacção dialéctica entre duas dimensões psicológicas fundamentais – entre o desenvolvimento de relações interpessoais progressivamente mais maduras, íntimas, recíprocas e mutuamente satisfatórias e, o desenvolvimento de um sentido do *self* ou identidade, progressivamente mais diferenciado (Blatt & Luyten, 2009).

3. As Duas Configurações de Psicopatologia

Uma vez apresentada a abordagem de Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade normal, faz sentido passar a explicar a forma como o autor conceptualiza o surgimento da psicopatologia, e quais os mecanismos que estão por de trás do “adoecer psicológico”. Assim, neste capítulo, será apresentada, numa primeira secção, a perspectiva de Blatt sobre a origem da patologia centrada nos temas da auto-definição e do relacionamento; posteriormente, segue-se uma explicação sobre o papel dos esquemas cognitivo-afectivos; a seguir, uma descrição geral sobre as características específicas de cada uma das configurações psicopatológicas – anaclítica e introjectiva – e finalmente, uma referência aos contributos desta abordagem dimensional para a intervenção terapêutica.

3.1. A Origem da Psicopatologia

O processo de desenvolvimento normativo do relacionamento e da auto-definição pode ser perturbado por complexas interacções entre as predisposições genéticas e diversas experiências traumáticas (Blatt, 2008). De facto, as predisposições biológicas e os acontecimentos nocivos do meio podem interagir de tal forma que perturbam o processo de desenvolvimento normal, levando a um ênfase defensivo e exagerado numa das linhas desenvolvimentais em detrimento da outra. Quanto maior o desvio em relação ao desenvolvimento normal, maior o ênfase colocado numa destas dimensões e, portanto, maior a probabilidade de surgir psicopatologia. A perturbação deste processo de desenvolvimento dialéctico resulta em várias formas de psicopatologia organizadas em duas configurações básicas, nas quais há uma preocupação defensiva e exagerada (a diferentes níveis desenvolvimentais) numa destas duas polaridades (relacionamento ou auto-definição) (Blatt, 2006, 2008; Blatt & Luyten, 2009).

Os dois tipos de perturbações, anaclítica e introjectiva, teriam origem em momentos diferentes do desenvolvimento, constituindo-se como consequência de tipos específicos de interacções perturbadas com as figuras significativas (Blatt, 2004; Campos, 2010b; Grenyer et al., 2009).

As psicopatologias constituir-se-iam como resultado de interacções disfuncionais com as figuras parentais, que levam à estruturação de representações internas perturbadas dessas figuras que, constituiriam os designados antecedentes

distais destas duas configurações psicopatológicas (Campos, 2000c, 2010b). A diferenciação entre duas configurações de psicopatologia baseia-se em considerações dinâmicas, incluindo o foco primário de motivação (libidinal vs agressivo), o tipo de organização defensiva (evitante vs neutralizante), o estilo predominante do carácter (interpessoal vs auto-dirigido; afectos vs cognição), aspectos da história e factores desenvolvimentais (Blatt & Luyten, 2009).

Estas perturbações precoces no desenvolvimento psicológico normal podem criar pontos de vulnerabilidade que, ao interagirem com o stress do quotidiano, potenciam mais tarde o surgimento de uma série de psicopatologias (Shahar et al., 2003). As perturbações no processo desenvolvimental podem resultar no foco excessivo numa das dimensões, do relacionamento ou da auto-definição, em detrimento da outra (Blatt, Blass & Ford, 2007): a psicopatologia resulta de esforços desadaptativos para lidar com as tarefas de cada uma das linhas desenvolvimentais (Ouimette et al., 1994). De facto, os indivíduos, ao depararem-se com estas lacunas no seu desenvolvimento, acabam por colocar um ênfase exagerado num ou nouro tipo de tarefas.

Acontece que os sujeitos procuram lidar com as perturbações no desenvolvimento de forma compensatória, focando-se excessivamente nas tarefas de uma das linhas em detrimento das tarefas da outra: é o foco num dos tipos de tarefas de desenvolvimento (relacionamento ou auto-definição) que determina o aparecimento da configuração anaclítica ou introjectiva. “Quanto mais cedo no desenvolvimento as perturbações ocorrerem e quanto mais acentuadas as distorções em relação ao curso normal desse desenvolvimento, mais grave será a patologia” (Blatt, 1990). Portanto, enquanto pequenos desvios são responsáveis pela formação de estilos de personalidade normais (anaclítico e introjectivo), desvios mais acentuados definem as duas configurações primárias da psicopatologia (Campos, 2009).

A vulnerabilidade aos factores ambientais negativos, vai diminuindo ao longo da infância e da adolescência, tornando-se o sujeito cada vez mais diferenciado e consolidado na sua linha desenvolvimental que, uma vez estabelecida, tende a manter a sua direcção. As experiências precoces acabam geralmente por se consolidar ao longo do tempo, através de experiências posteriores, uma vez que os sujeitos tendem a percepcioná-las de forma congruente com as suas expectativas e a interpretar os acontecimentos com base nos esquemas cognitivo-afectivos previamente estabelecidos (Blatt, 2008).

3.2. Os Esquemas Cognitivo-Afectivos

Na perspectiva de Blatt, as manifestações sintomáticas das diferentes formas de psicopatologia resultam, em grande parte, de perturbações nos esquemas cognitivo-afectivos que se constroem ao longo do desenvolvimento (Campos, 2003). Estas estruturas são modos de organização e processamento da informação que se desenvolvem à medida que o sujeito amadurece psicologicamente – são modelos internos que se renovam com a experiência e através das repetidas interações com as figuras de vinculação (Blatt, 2008).

É quando as exigências do meio ultrapassam a capacidade do sujeito para acomodar a experiência, que podem surgir perturbações em determinados pontos do desenvolvimento destas estruturas (Blatt, 2008). Blatt identificou vários pontos no desenvolvimento da estruturação das representações mentais, explicitando a sua relevância para a compreensão da psicopatologia (Blatt et al., 1997).

Blatt descreve oito pontos nodais ou níveis nos esquemas cognitivo-afectivos: por volta dos 2-3 meses, surge a *constância dos limites*, i.é, a capacidade de estabelecer e manter a separação entre o *self*, o não *self* e os outros; pelos 6-8 meses, emerge a *constância libidinal ou emocional* (capacidade de estabelecer e manter laços de vinculação com uma determinada pessoa); e, mais tarde, por volta dos 16-18 meses, a *constância evocativa ou de objecto*, i.é, a capacidade de estabelecer e manter uma relação emocional positiva com uma pessoa significativa, mesmo quando ela se ausenta ou quando o *self* entra em conflito com essa pessoa. Aos 3 anos desenvolve-se a *constância do self e do objecto* (capacidade de criar uma representação estável e consolidada do *self*, distinto dos outros, presente num determinado espaço e tempo, independentemente do estado emocional) e, pelos 6 anos, surge o *pensamento operativo concreto* (capacidade de coordenar as relações entre várias dimensões e de se perceber como entidade integrante de um sistema familiar, bem como de um sistema social mais alargado) (Blatt, 2008; Blatt et al., 1997; Campos, 2003). Existem ainda, os esquemas cognitivo-afectivos: *pensamento operativo formal* (11-12 anos; pensamento abstracto), identidade pessoal (adolescência) e integridade (adulthood) (Campos, 2003).

Uma grande quantidade de sintomas e perturbações cognitivas, perceptivas e interpessoais, na esquizofrenia, podem ser compreendidas como perturbações da capacidade de estabelecer e manter limites e de estabelecer uma constância emocional. Além disto, vários sintomas e dificuldades na perturbação borderline

podem ser vistas como distorções na capacidade de estabelecer e manter a constância evocativa (Auerbach & Blatt, 1996; Blatt et al., 1997; Campos, 2003). Formas menos graves de psicopatologia como a depressão, podem ser entendidas como perturbações na integração dos esquemas do *self* e dos outros, uma vez que as capacidades de constância dos limites, constância evocativa ou do objecto estão intactas. Blatt e colegas consideram que as consequências de desvios na linha de desenvolvimento precoce normal ao nível destes pontos nodais, são amplificadas, mais tarde, na vida adulta, expressando-se em perturbações nas áreas cognitiva, afectiva e social (Blatt et al., 1997).

3.3. A Classificação da Psicopatologia

Embora no início Blatt se tenha centrado no estudo da depressão, actualmente, a distinção entre dimensão introjectiva e dimensão anaclítica foi generalizada à psicopatologia em geral (Blatt & Blass, 1996; Campos, 2000a). Blatt e Shichman (1983) estenderam a formulação de Blatt sobre dois tipos de depressão (a depressão introjectiva e a depressão anaclítica) para identificar duas configurações primárias de psicopatologia.

De acordo com Blatt, a dependência e o auto-criticismo podem ser entendidos como dois estilos de personalidade, dois tipos de experiências depressivas ou duas configurações primárias da psicopatologia (Campos, 2000b, 2009, 2010b). Para este autor, a psicopatologia pode ser mais bem entendida se for vista como um desvio em relação ao desenvolvimento normal. Assim, não importará tanto considerar sintomas, mas sim estudar as experiências internas subjectivas, ou seja, os fenómenos experienciais que se revelam importantes para os sujeitos e que os podem conduzir à psicopatologia (Campos, 2009).

A classificação psicopatológica, através da compreensão dos mecanismos psicológicos subjacentes, faz mais sentido que uma classificação sintomática, até porque se torna mais útil para a intervenção. Segundo a abordagem de Blatt, as várias formas de psicopatologia descritas nos eixos I e II do DSM IV, podem ser compreendidas através das duas configurações e comparadas relativamente à natureza dos conflitos, modos de adaptação e mecanismos de defesa (Blatt, 2008; Campos, 2010b). As relações desenvolvimentais dinâmicas entre os vários tipos de psicopatologia, dentro de cada configuração, são definidas pelo potencial de regressão ou progressão dos sujeitos dentro de uma ou de outra linha do desenvolvimento. É a

continuidade entre as várias perturbações psicológicas, dentro de cada uma das configurações, anaclítica e introjectiva, que permite uma melhor compreensão acerca deste potencial de regressão e progressão de um sujeito (Blatt & Luyten, 2009). Por exemplo, um sujeito com um estilo de personalidade predominantemente introjectivo, e que apresente perturbação obsessivo-compulsiva pode, a qualquer momento, progredir para uma depressão introjectiva ou, pelo contrário, regredir para uma perturbação paranóide (Blatt, 2008).

De uma forma geral, “as psicopatologias anaclíticas são tentativas exageradas e distorcidas de manter relações interpessoais satisfatórias, e as introjectivas, de estabelecer um conceito efectivo do *self*” (Blatt, 2008; Campos, 2003, 2010b; Jhonson, 2010; Luthar & Blatt, 1993; Ouimette et al., 1994). Cada uma destas configurações contém vários tipos de perturbações que variam na sua gravidade. As formas de psicopatologia anaclítica envolvem, a diferentes níveis de desenvolvimento, um ênfase no relacionamento interpessoal (esquizofrenia indiferenciada, depressão anaclítica e perturbações borderline, dependente e histriónica). As formas de psicopatologia introjectiva, em contraste, são caracterizadas, a diferentes níveis de desenvolvimento, por um ênfase na auto-definição (depressão introjectiva, esquizofrenia paranóide e perturbações paranóide, obsessivo-compulsiva e narcísica) (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009). A perturbação borderline também pode surgir dentro da dimensão introjectiva – neste caso, o que predomina não são características de cariz dependente mas sim, uma idealização e exigência excessiva do *self*.

A perturbação borderline é a única perturbação da personalidade na qual podem ser significativas ambas as dimensões de relacionamento e de auto-definição (Blatt, 2008; Ouimette et al., 1994). Os sujeitos mais dependentes, com perturbação borderline, são vulneráveis a profundos sentimentos de abandono e excessivas preocupações acerca dos seus relacionamentos, enquanto os sujeitos com perturbação borderline e, simultaneamente, traços obsessivos e paranóides, manifestam grandes preocupações em volta do tema da auto-definição (Blatt, 2008). Dentro do espectro psicótico, as características anaclíticas são mais proeminentes quanto mais perturbados estiverem os sujeitos – por exemplo, na esquizofrenia indiferenciada – enquanto as características introjectivas são mais salientes quanto mais organizados estiverem os sujeitos – por exemplo, em indivíduos com características paranóides (Blatt, 2008). Embora a aplicabilidade do modelo seja mais forte no caso da esfera neurótica, a distinção entre uma dimensão anaclítica e introjectiva também se pode aplicar à *borderline* e psicótica.

Genericamente, os sujeitos dependentes ou anaclíticos experienciam um desejo intenso de serem amados, cuidados e protegidos e temem profundamente o abandono (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009; Jhonson, 2010; Schulte et al., 2008; Sturman & Mongrain, 2005; Vettese & Mongrain, 2000). Apresentam uma intensa preocupação em estabelecer e manter relações interpessoais, expressando as suas preocupações ao nível da intimidade e fusão com o outro, confiança e sexualidade, negligenciando um sentido de *self* independente e autónomo (Blatt, 2008; Blatt, Besser & Ford, 2007; Blatt & Blass, 1996; Luthar & Blatt, 1993). Estes indivíduos tendem a negar as suas dificuldades e a evitar sentimentos de raiva de modo a manter as suas relações de dependência (Blatt, 2008). Por outro lado, os sujeitos auto-críticos ou introjectivos, estão constantemente envolvidos numa auto-crítica severa, ao mesmo tempo que temem não obter aprovação ou serem criticados pelas pessoas significativas (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009; Jhonson, 2010; Sturman & Mongrain, 2005; Vettese & Mongrain, 2000). A preocupação destes sujeitos em estabelecer e manter um sentido do *self* viável e digno, expressa-se em sentimentos de autonomia e independência excessivas (Blatt, 2008; Blatt, Besser & Ford, 2007; Blatt & Blass, 1996; Blatt & Schichman, 1993; Luthar & Blatt, 1993; Zuroff, 1994).

Sujeitos anaclíticos com menor grau de diferenciação ou integração apresentam características mais infantis e dependentes, enquanto os pacientes anaclíticos muito diferenciados tendem a apresentar preocupações sobre as questões do relacionamento, mas têm maior potencial adaptativo. Por outro lado, os sujeitos introjectivos pouco diferenciados apresentam características paranóides, obsessivas e depressivas e tendem a ser muito auto-críticos, enquanto sujeitos introjectivos mais diferenciados tendem a apresentar um grande sentido de auto-eficácia e um maior potencial adaptativo (Blatt, 2008).

Tal como acontece no desenvolvimento normal do relacionamento e da auto-definição, também a vulnerabilidade implicada nas suas formas extremas, i.é, patológicas (dependência e auto-criticismo) pode operar sinergicamente. De facto, uma elevada dependência pode não levar apenas a preocupações em torno dos temas de perda e de falta de cuidados como também leva a preocupações com o auto-conceito e a sentimentos de falha. Quando é percebido um confronto com um objectivo falhado, os indivíduos dependentes não apenas se sentem indignos como podem sentir medo de serem rejeitados pelos outros, dada a sua falha. Da mesma forma, os indivíduos auto-críticos podem experienciar rejeição interpessoal como abandono, percebendo-a como uma prova da sua incompetência interpessoal,

transformando esta rejeição numa ameaça à sua auto-estima. Fenomenologicamente, estes padrões de funcionamento psicológico reflectem um aumento da vulnerabilidade de um factor pelo outro (Shahar et al., 2004).

Enquanto as perturbações da configuração introjectiva ocorrem mais frequentemente nos homens, as perturbações da configuração anaclítica tendem a ser mais comuns entre as mulheres. Talvez esta diferença se deva ao contexto social onde os sujeitos se desenvolvem: nos homens há um maior ênfase na necessidade de auto-definição, ao contrário do que acontece nas mulheres, em que é mais valorizada a dimensão relacional e afectiva. Portanto, não é de surpreender que nos homens a psicopatologia se reflecta mais em preocupações com o auto-conceito e identidade, enquanto nas mulheres, se expresse geralmente em esforços para alcançar relações interpessoais satisfatórias (Blatt, 2006, 2008).

De acordo com Blatt (2008) quase todos os pacientes podem ser classificados como anaclíticos ou introjectivos; no entanto, por vezes, surgem casos em que os sujeitos apresentam um predomínio de ambas as configurações (expressões mistas): experiências de perda e abandono, comportamento oral excessivo, características obsessivas e auto-críticas, sentimentos de culpa, fobias e mecanismos de defesa ora neutralizantes, ora de evitamento (Blatt, 2004).

Por vezes, acontece ainda que a presença de características de uma das duas configurações oculta o verdadeiro estilo de personalidade, ou seja, um sujeito que coloca um exagerado ênfase em aspectos de natureza introjectiva, como a autonomia, o poder e o reconhecimento, pode estar simplesmente a defender-se de experiências dolorosas, negando determinados desejos interpessoais (Blatt, 2008). O contrário também pode acontecer, embora seja menos frequente, i.é, sujeitos que se esforçam exageradamente para estar com os outros numa relação de grande proximidade, na tentativa de se defenderem contra sentimentos intensos de culpa ou de desilusão consigo mesmos. É muito mais provável que as características da personalidade introjectiva sirvam de defesa contra as experiências típicas da configuração anaclítica, do que o contrário (Blatt & Shahar, 2005).

3.4. Da Teoria à Intervenção Terapêutica

Embora, geralmente, experiências traumáticas mais precoces resultem em formas mais graves de psicopatologia, é importante salientar que, experiências interpessoais construtivas, como as relações terapêuticas, podem vir a melhorar ou

alterar a trajetória de desenvolvimento estabelecida na sequência de experiências precoces disfuncionais (Blatt, 2008). De facto, a formulação de Blatt sobre a normalidade e a psicopatologia tem importantes implicações para a intervenção, uma vez que ela permite compreender que, por exemplo, comportamentos anti-sociais são, frequentemente, tentativas defensivas e distorcidas de estabelecer relacionamentos interpessoais ou algum sentido de dignidade – e não, meras expressões sintomáticas (Blatt & Luyten, 2009).

Várias evidências empíricas com adultos, sugerem que os pacientes com características anaclíticas e introjectivas respondem de forma diferente à psicoterapia. Em particular, os pacientes anaclíticos parecem responder principalmente a expressões de suporte integrantes do processo psicoterapêutico, enquanto os pacientes introjectivos parecem responder melhor aos aspectos de cariz interpretativo do processo psicoterapêutico (Blatt, Besser & Ford, 2007). Os pacientes anaclíticos apresentam mudanças a nível da qualidade dos relacionamentos interpessoais, enquanto os introjectivos manifestam essencialmente redução de sintomas e maior eficiência no seu funcionamento cognitivo (Blatt, Besser & Ford, 2007; Blatt & Luyten, 2009). Blatt e Ford (1994), realizaram um estudo com pacientes com perturbações graves, no qual, antes do início de um tratamento de longo prazo, os doentes foram classificados como anaclíticos ou introjectivos. Os pacientes introjectivos, além de apresentarem melhorias mais significativas que os pacientes anaclíticos, expressaram essas melhorias a nível dos sintomas manifestos e do funcionamento cognitivo. As melhorias nos pacientes anaclíticos foram verificadas em termos da qualidade das relações interpessoais, para com outros pacientes e técnicos de saúde.

A centralidade dos esquemas cognitivo-afectivos no desenvolvimento psicológico, para os relacionamentos interpessoais adultos e nas diferentes formas de psicopatologia, sugere que estes esquemas podem ter uma importância central para o estudo do processo terapêutico (Blatt et al., 1997). Portanto, a evolução psicoterapêutica envolve, muito provavelmente, uma reactivação do processo sinérgico de desenvolvimento normal e a criação de condições para que as experiências interpessoais, dentro do contexto terapêutico, contribuam para uma revisão do sentido do *self*, levando a expressões mais maduras de relacionamento interpessoal, as quais, por sua vez, poderão contribuir para uma reedificação do *self* (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009).

As relações objectais internalizadas influenciam o desenvolvimento normal e a psicopatologia (Sadeh et al., 1993). De facto, se as várias formas de psicopatologia

envolvem distorções da representação do objecto e do *self*, e se vinculações satisfatórias na infância resultam na formação de esquemas interpessoais progressivamente mais maduros, então, as interacções construtivas entre paciente e terapeuta devem facilitar a revisão dessas representações perturbadas do *self* e do objecto no sentido de levarem a um desenvolvimento mais integrado e a esquemas do *self* e do objecto mais maduros (Blatt et al., 1997).

Esta reactivação do processo desenvolvimental no tratamento resultará em modificações e revisões na representação do *self* e dos outros significativos. As experiências de vinculação e desvinculação no processo terapêutico resultam numa progressiva eliminação das representações distorcidas e possivelmente patológicas dos outros e do próprio sujeito, e no desenvolvimento de novas representações, mais articuladas, diferenciadas e integradas acerca do *self*, dos outros, das relações do presente e do futuro (Blatt & Luyten, 2009). Portanto, a relação terapêutica deverá criar um processo através do qual os esquemas interpessoais distorcidos possam ser eliminados, repensados e transformados em representações cognitivo-afectivas mais adaptativas (Blatt et al., 1997).

A activação de representações distorcidas do *self* e das figuras significativas, no processo terapêutico, dá ao paciente e ao terapeuta a oportunidade de observar, compreender e rever as representações interpessoais perturbadas, e de construir novos esquemas. Estas internalizações serão expressas comportamentalmente e psicologicamente em níveis mais maduros de auto-definição e relacionamento interpessoal, na redução de sintomas e no desenvolvimento de capacidades progressivamente mais adaptativas. Portanto, o objectivo central da intervenção psicoterapêutica não é apenas reduzir os sintomas mas, levar os sujeitos a retomar o processo de desenvolvimento normativo suspenso (Blatt, 2008; Blatt & Luyten, 2009).

4. A Configuração Anaclítica

As patologias da configuração anaclítica envolvem um ênfase excessivo na relação interpessoal a diferentes níveis do desenvolvimento, sendo que os desejos básicos são a proximidade, a dependência, o amor e a intimidade (Blatt, 2008; Luthar & Blatt, 1993; Vettese & Mongrain, 2000). As psicopatologias anaclíticas resultam de negligência, excessiva proximidade ou inconsistência nas relações precoces e são perturbações nas quais os pacientes estão centrados nas relações interpessoais e no seu desejo de “fusão” com o outro (Blatt, Besser & Ford, 2007; Mongrain & Leather, 2006). A necessidade extrema de amor e atenção, e a dificuldade em tolerar adiamentos e atrasos na gratificação das suas necessidades, são dominantes, expressando o desespero destas pessoas em encontrar conforto e satisfação (Blatt, 2004). Os “temporários” sentimentos de bem-estar emergem de experiências de amor e proximidade, sem as quais o indivíduo rapidamente se sente indesejado e desamparado.

De facto, os sujeitos preocupados com o relacionamento interpessoal estão especialmente vulneráveis a experiências de vida que envolvem a perda de relações íntimas, reagindo a estas experiências com sentimentos de solidão e desamparo e desejos intensos de serem cuidados e protegidos (Blatt, 2004; Zuroff & Lorimier, 1989). Há uma contínua necessidade e exigência da presença física dos objectos (Campos, 2000b). Os sujeitos anaclíticos apresentam um estilo de vinculação ansioso-ambivalente, preocupações somáticas, ansiedade de separação, sentimentos de inutilidade, de abandono e de falta de contacto e de suporte. A ansiedade resulta, em parte, da sensação de incapacidade para lidar com o stress (Blatt, 2008; Desmet et al., 2006; Whiffen & Aube, 1999; Zuroff & Lorimier, 1989).

Levy e Blatt (1999) fazem a distinção entre dois níveis desenvolvimentais dentro deste tipo de vinculação – *compulsive caregiver* e *compulsive careseeker*. O primeiro representa um nível desenvolvimental superior ao segundo, uma vez que está associado a uma regulação emocional mais eficiente, típica da personalidade histriónica. Por sua vez, o *compulsive careseeker*, corresponde a um menor nível de regulação emocional, e é característico das perturbações de nível desenvolvimental mais baixo da configuração anaclítica (perturbação dependente) (Blatt, 2008).

Em termos de desenvolvimento, desde as mais graves para as moderadas, as perturbações anaclíticas podem expressar-se a um nível primitivo – esquizofrenia indiferenciada (não-paranóide), reflexo de uma incapacidade de diferenciação entre o

self e o outro (a nível da esfera psicótica); a um nível intermédio, devido a negligências e medo de abandono – perturbação *borderline* e depressão anaclítica; perturbação dependente (ou infantil) e, num nível superior, perturbação histriónica (Blatt, 2006; Blatt, 2008; Ouimette e tal., 1994). Portanto, quanto mais cedo no desenvolvimento se situar a vulnerabilidade que potenciou a patologia, mais grave será essa patologia. Relembramos que estas perturbações se situam num *continuum*, ao longo do qual podem ocorrer progressões ou regressões para níveis inferiores ou superiores, mais ou menos graves de patologia, dentro da configuração.

Dentro da esfera neurótica, a depressão anaclítica está, claro, relacionada com a dependência e um estilo de vinculação inseguro (McBride et al., 2006; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990), caracterizando-se por sentimentos de tristeza, solidão, desamparo, fraqueza, vazio, “sensação de se esvaziar” (*depletion*), sentimentos de rejeição e abandono (Blatt, 2006; Blatt et al., 1976; Campos, 2010a; Klein, 1989; Luthar & Blatt, 1993; Vettese & Mongrain, 2000; Viglione et al., 1990; Viglione et al., 1995).

A depressão anaclítica resulta de deficiências do *self* e da representação de objecto que se situa num nível de organização sensório-motor. As representações são organizadas em esquemas de acção em que falha a capacidade evocativa do objecto, pelo que o paciente está vulnerável a experiências de perda, mesmo quando a perda não é eminente. Assim, a possibilidade de perda torna-se numa expectativa que caracteriza todas as interacções sociais (Shahar et al., 2004). Desta forma, as relações são relativamente indiferenciadas, incorporativas, centradas na gratificação (Campos, 2010a). A depressão anaclítica é, portanto, caracterizada por uma dependência extrema de suporte e gratificação dos outros. Frequentemente, estes sujeitos passam por experiências internas de desamparo, fraqueza, esgotamento e medo da potencial perda fantasiada do objecto de amor, pelo que lutam constantemente para manter a proximidade física e emocional (Shahar et al., 2004; Sturman & Mongrain, 2005).

Existe uma grande necessidade de contacto directo com o objectivo e de se sentir amado, protegido, cuidado, ao mesmo tempo que há um sentimento de que se é incapaz de alcançar a satisfação, o conforto e a gratificação desejadas (Blatt et al., 1982; Campos, 2010). Sujeitos com depressão anaclítica são especialmente pouco reflexivos em relação às suas experiências afectivas, expressando frequentemente a sua depressão através de queixas somáticas (Campos, 2000b; Desmet et al., 2006).

Estes indivíduos permanecem numa busca incessante e desesperada de satisfação nas relações interpessoais: o objecto é valorizado pela sua capacidade de

suprimir a necessidade de dependência e proximidade, embora as experiências de gratificação sejam pouco internalizadas (Campos, 2009) – o que é significativo para o sujeito dependente não é a pessoa propriamente dita, mas sim, aquilo que ela pode dar, i.é, aquilo que o sujeito pode receber dela (Ainsworth, 1969). Desta forma, quando o objecto é percebido como incompetente, a frustração e o sentimento de desamparo são eminentes, assim como a busca de substitutos (Blatt, 2004; Viglione et al., 1990).

Por um lado, se a perturbação desenvolvimental ocorrer numa idade precoce, pode levar ao aparecimento de um estilo dependente/ infantil, expresso em preocupações excessivas em receber cuidados e atenção. Por outro lado, perturbações num nível relacional mais evoluído, ao nível do Complexo de Édipo, aparecem sobretudo em pacientes histéricos ou com perturbação histriónica da personalidade (Blatt, 2008; Campos, 2003). Os histéricos tendem a ser sedutores, sendo as suas relações frequentemente erotizadas (Campos, 2003). Trata-se de uma patologia relacionada com a capacidade de dar e receber amor, envolvendo frequentemente uma configuração triádica e temas edípicos (Blatt & Levy, 1998).

Embora as perturbações dependente e histriónica possam ocorrer de uma forma relativamente pura, elas representam apenas os extremos das formas neuróticas de patologia anaclítica, integrantes de um *continuum* dinâmico desta configuração de psicopatologia (Blatt, 2008). Por exemplo, quando um sujeito com perturbação histriónica da personalidade começa a descompensar, emerge facilmente um comportamento mais dependente.

As mulheres são mais vulneráveis ao humor disfórico em resposta ao rompimento de relações interpessoais, a uma quebra do afecto na relação ou à indisponibilidade dos outros. O medo de abandono, intensos desejos de proximidade e uma marcada dependência dos outros, são características, geralmente, acompanhadas por dificuldades em expressar a raiva. Uma vez que estão muito preocupados em manter as relações estabelecidas, estes sujeitos tendem a não expressar agressividade e a evitar conflitos (Blatt, 2004; Campos, Besser & Blatt, 2011).

Assim, os pacientes com perturbações anaclíticas utilizam basicamente mecanismos defensivos de evitamento para lidar com os conflitos psicológicos e manter as relações interpessoais (Besser & Priel, 2003; Campos et al., 2011). Os sujeitos anaclíticos lidam frequentemente com a perda através de meios imaturos, como a negação e a busca incessante de substitutos, no sentido de defenderem o ego

contra sentimentos de raiva, abandono e frustração (Campos, 2000b). A negação é o mecanismo defensivo menos eficiente, ocorrendo em níveis inferiores da configuração, geralmente para defender o sujeito da raiva que poderia comprometer os relacionamentos interpessoais (Blatt, 2008). Porém, o mecanismo de evitamento mais efectivo é o recalçamento, usado nos níveis mais elevados da dimensão anaclítica no sentido de conter os desejos eróticos e de competição. Desta forma, estes desejos intensos são evitados para manter a harmonia e agradar aos outros, pois doutra forma poderiam também comprometer as relações sociais (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1996). A possibilidade de rompimento das relações interpessoais potencia sentimentos disfóricos que resultam em tentativas exageradas de manter as relações, procurando, por exemplo, a atenção, o cuidado e a preocupação do outro, através de queixas somáticas, promiscuidade sexual ou tentativas de suicídio (Blatt, 2004).

5. A Configuração Introjectiva

A atitude auto-crítica tem origem em relações parentais intrusivas e punitivas. De facto, quando os pais são críticos, exigentes, desaprovadores e punitivos, as crianças tendem a formar representações negativas do *self* e dos outros. Os indivíduos introjectivos estabelecem objectivos irrealistas, reagindo negativa e fortemente a quaisquer indicadores de falha pessoal ou de perda de controle. Estes sujeitos estão bastante atentos à forma como os outros reagem aos seus erros. Além disto, são muito vulneráveis a sentimentos de raiva que, tanto pode ser dirigida para os outros como para eles próprios, atingindo por vezes uma dimensão auto-destrutiva (Blatt, 2008; Dunkley & Blankstein, 2000; Whiffen & Aube, 1999).

As patologias da configuração introjectiva estão centradas na definição do *self* como entidade separada, autónoma e íntegra. Desta forma, os desejos básicos dos sujeitos introjectivos passam por conseguir independência, poder, controlo, autonomia, dignidade e reconhecimento e, por serem respeitados e admirados (Blatt, 2008; Blatt, Besser & Ford, 2007; Luthar & Blatt, 1993; Rector et al., 2000; Vettese & Mongrain, 2000). Por outro lado, os indivíduos preocupados com as questões da auto-definição que, mais frequentemente, são do sexo masculino, revelam-se muito vulneráveis a experiências de falha e criticismo, respondendo a estas experiências com sentimentos de incompetência, culpa e inutilidade (Blatt, 2004; Klein, 1989; Zuroff & Lorimier, 1989). Assim, as experiências afectivas destas pessoas envolvem sentimentos como a vergonha, inferioridade e inadequação (Campos, 2000b). De uma forma geral, as psicopatologias da configuração introjectiva, reflectem esforços exagerados e distorcidos para estabelecer e manter um *self* autónomo, diferenciado e digno, havendo um conseqüente desinvestimento das relações interpessoais e da intimidade com o outro (Besser & Priel, 2003; Blatt, 2004). De facto, estas pessoas tendem a isolar-se, sendo que, as relações interpessoais que estabelecem são, geralmente, marcadas por ambivalência e conflitos (Campos et al., 2011).

O humor disfórico deriva de um intenso auto-criticismo que cria vulnerabilidades a acontecimentos stressantes ou disruptivos que potenciam sentimentos de falha, culpa e incompetência pessoal (Blatt, 2004). Devido à sua falta de auto-estima e preocupação em proteger a imagem, salvaguardar a dignidade e preservar a auto-estima, os pacientes introjectivos tendem a ter dificuldade em lidar com determinados afectos, como a raiva e a agressividade – sentimentos que podem ser dirigidos para o próprio ou para os outros (Blatt, 2008; Mongrain & Leather, 2006).

A psicopatologia da dimensão introjectiva, tal como acontece na anaclítica, pode ocorrer em vários níveis do desenvolvimento. Assim, desde um nível menos evoluído (mais grave) para um nível superior (moderado) Blatt descreve as seguintes perturbações: esquizofrenia paranóide, perturbação *borderline* e perturbações da esfera neurótica – paranóia, perturbação obsessivo-compulsiva, depressão introjectiva e perturbação narcísica (Blatt, 2006; Campos, 2003; Ouimette et al., 1994).

Os sujeitos paranóides estão constantemente preocupados em manter um *self* diferenciado e intacto, embora este não seja definido internamente: o *self* é construído externamente, através do contraste com os outros, ou seja, a preocupação destas pessoas é assegurar um *self* distinto, separado e diferente dos outros (Blatt, 2008). Algures num nível mais elevado do desenvolvimento, no contexto da configuração introjectiva, os pacientes obsessivo-compulsivos estão preocupados com o domínio e controlo sobre a mente e o corpo. Para definir e defender o *self*, os sujeitos esmeram-se para manter o controlo sobre os próprios pensamentos, acções e sentimentos. Nestes dois tipos de perturbação, as imagens parentais (enquanto figuras de autoridade), são percebidas como forças externas e perigosas. A rigidez, a atenção fixada nos detalhes, o isolamento interpessoal e a preocupação com o controlo e o poder são características comuns aos sujeitos com características paranóides e obsessivas, e constituem tentativas para lidar com intensos sentimentos de incerteza e dúvida, assim como com o medo de perder a autonomia e a auto-definição (Blatt, 2008).

A perturbação depressiva integra o nível superior da psicopatologia introjectiva. A depressão introjectiva é caracterizada por experiências internas de culpa, auto-criticismo e medo de perder o amor do objecto, mais do que perder o próprio objecto de amor (Shahar et al., 2004; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990). A experiência de culpa exige um sentido mais elaborado do *self* e uma capacidade reflexiva que só se alcança num nível superior de desenvolvimento (Campos, 2010a).

Estes indivíduos experienciam, continuamente, introjectos severos e inexoráveis que criam um auto-criticismo depressivo, sentimentos de desvalorização, insatisfação, vergonha e culpa (Blatt, 2006, 2008; Blatt et al., 1976; Luthar & Blatt, 1993; Vettese & Mongrain, 2000; Viglione et al., 1990; Viglione et al., 1995). Na depressão introjectiva, o *self* e os objectos são representados de uma forma isolada e pouco integrada, e organizados de forma estática, havendo, porém, uma capacidade de constância objectal. O paciente sente que não é digno e que não é passível de ser amado. Sente que falhou e que não vive de acordo com as expectativas dos outros:

trata-se de uma reacção depressiva caracterizada por questões fálicas e edípicas (Shahar et al., 2004). A sensação de não viver de acordo com as expectativas leva ao medo da punição e crítica por parte do objecto e ao sentimento de não conseguir reconhecimento e aceitação (Blatt et al., 1976; Campos, 2010b). Note-se que, do ponto de vista empírico, o nível de gravidade da depressão está claramente relacionado com a dimensão de auto-criticismo, particularmente em doentes com perturbação depressiva major (Luyten et al., 2007).

Estes indivíduos apresentam ideais muito exigentes sobre si e sobre o que devem fazer, e uma constante auto-avaliação marcada pela crítica e excesso de perfeccionismo (Campos, 2010a, 2010b). Os sujeitos com um perfeccionismo autocrítico, descrevem-se como pessoas reservadas, distantes, pouco espirituosas (pouco afecto positivo), cépticas, cínicas e pouco altruístas (Dunkley et al., 2006). Neste tipo de depressão, a presença do objecto é necessária, não para gratificar mas sim para aprovar e aceitar. Frequentemente, na busca do sucesso, estes sujeitos trabalham continuamente até à exaustão (Blatt, 2004). Desta forma, os esforços de realização pessoal têm como objectivo compensar os sentimentos de inadequação e de insucesso e em obter reconhecimento (Blatt et al., 1982; Campos, 2009). No entanto, o excessivo perfeccionismo e o sentimento de ser obrigado a realizar impossibilitam a satisfação com as realizações e sucesso do próprio (Campos, 2010a; Viglione et al., 1990).

De facto, a identificação com figuras parentais rígidas e punitivas proporciona uma tendência do *self* para ser severo e hipercrítico, de tal modo que, muitas vezes, os sujeitos da linha introjectiva acabam por se envolver de forma excessiva em actividades, na tentativa de compensarem este tipo de sentimentos negativos (Campos, 2000c, 2010b). Num nível superior da configuração, a sobrecompensação pode funcionar como uma defesa, na qual o sujeito exagera nas expressões de auto-definição, assumindo um comportamento narcísico, onde manifesta fantasias de grandiosidade, enfatizando desejos relacionados com o sucesso, poder, reconhecimento, prestígio e necessidade de domínio e controlo sobre o *self* e os outros. Assim, menosprezando o contacto social, os sujeitos com perturbação narcísica tendem a ser hostis e pouco empáticos nas suas relações interpessoais, sobrevalorizando as suas ideias e sujeitando os outros a elas.

Como acontece na configuração anaclítica, as diferentes manifestações psicopatológicas, dentro da configuração introjectiva, apresentam alguns pontos em

comum. Quer os sujeitos com traços obsessivos, quer os paranóides, manifestam agressividade e fantasias de destruição, vingança e sadismo. No entanto, no caso da paranóia, os indivíduos apresentam estas qualidades de uma forma mais extrema, intensa e primitiva, no contexto de uma grande distorção da realidade. Por outro lado, na depressão introjectiva, estes impulsos são frequentemente dirigidos para o *self*. Tal como acontece na perturbação narcísica da personalidade, os sujeitos com tendências obsessivas e paranóides, apresentam geralmente um desejo de grandiosidade e onnipotência (Blatt, 2008).

As formas introjectivas de psicopatologia têm em comum a utilização de mecanismos de defesa neutralizantes, tais como o isolamento, regressão e projecção, num nível mais primitivo do desenvolvimento, nos casos de paranóia; e formação reactiva, intelectualização e racionalização, num nível intermédio, em pacientes obsessivo-compulsivos (Blatt, 2008). Num nível superior da configuração introjectiva, predominam mecanismos de defesa como a introjecção e identificação com o agressor, nos casos de depressão e, sobrecompensação, no caso da perturbação narcísica. Enquanto os mecanismos de defesa de evitamento, típicos na configuração anaclítica, evitam os conflitos de modo a preservar as relações interpessoais, os mecanismos neutralizantes modificam, convertem e disfarçam as questões conflituais, de modo a permitir uma definição positiva do *self* (Campos, 2010b; Campos et al., 2010).

É importante salientar que, como já referimos antes, os dois *continuums* de psicopatologias não são estanques, i.é, dentro de cada uma das configurações, as características psicopatológicas ocorrem de uma forma dinâmica nos sujeitos; embora cada pessoa tenda a funcionar predominantemente num nível particular dentro da configuração que privilegia, anaclítica ou introjectiva, pode, a qualquer momento, mudar para níveis mais ou menos integrados de organização psicopatológica, de acordo com as circunstâncias da sua vida.

É notório o contraste desta perspectiva com a definição de perturbação da personalidade de acordo com o DSM IV: “um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada altura” (APA, 2002). Para Blatt, as perturbações interagem de forma dinâmica e complexa, sendo que as diferentes manifestações psicopatológicas não são estanques

e estáticas. Por exemplo, a descompensação de defesas obsessivo-compulsivas pode levar a um pensamento paranóide (Blatt, 2008). De facto, os indivíduos obsessivo-compulsivos são sensíveis à crítica e à desaprovação, uma vez que isso ameaça a sua auto-definição. Assim, quando os mecanismos defensivos não estão activados, este contexto de medo, suspeição e hostilidade torna os sujeitos vulneráveis ao desenvolvimento de ideação paranóide.

6. Avaliação Empírica do Relacionamento Interpessoal e da Auto-definição segundo Blatt

Neste capítulo serão apresentadas as principais investigações que têm sido realizadas em torno das questões do relacionamento interpessoal e da auto-definição. Neste sentido, começaremos por fazer uma introdução, apresentando o instrumento de avaliação psicológica que mais tem sido utilizado para avaliar estes dois construtos e, posteriormente, serão apresentados diferentes estudos empíricos, organizados em três secções sucessivas: Correlatos Empíricos da Dependência e do Auto-Criticismo; As Dimensões Anaclítica e Introjectiva em Amostras Clínicas; e, Outros Aspectos Específicos do Relacionamento Interpessoal e da Auto-Definição.

6.1. O Questionário de Experiências Depressivas

Nos últimos 35 anos, vários instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar as dimensões do relacionamento e da auto-definição em contextos clínicos e não clínicos. Perante a dificuldade em conceptualizar diferentes tipos de depressão com base em sintomas, dada a sua diversidade (resultando em subtipos normalmente muito heterogéneos), vários autores, como Blatt, propuseram uma distinção entre tipos depressivos com base noutros critérios que não as expressões sintomáticas: as experiências subjectivas dos sujeitos (Campos, 2009). Assim, devido ao reconhecimento das limitações de uma abordagem centrada nos sintomas, à necessidade de considerar a continuidade entre as experiências psicológicas nos estados depressivos e no funcionamento normal e, no sentido de criar uma medida que permitisse diferenciar e validar estes dois tipos de experiências (anaclítica e introjectiva), Blatt e colaboradores (1976; 1979; 1982) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas (QED), um instrumento de avaliação psicológica que, inicialmente, tinha como objectivo, medir dois tipos de experiências subjectivas típicas da depressão clínica: as experiências anaclíticas ou de dependência e as introjectivas ou de auto-criticismo (Blatt et al., 1982; Campos, 2000a, 2000b). Entretanto, vários estudos, com amostras clínicas e não clínicas têm vindo a demonstrar a capacidade do instrumento para distinguir estes dois tipos de experiências mas, de uma forma mais abrangente, i.é, aplicada à psicopatologia em geral e não apenas à depressão. De facto, a utilização do QED tem-se alargado para avaliar as dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade na população em geral em amostras clínicas.

O QED é constituído por 66 itens, aos quais o sujeito tem de responder numa escala de Likert composta por 7 pontos (Campos, 2000a). Os itens são apresentados sob a forma de afirmações que não reflectem sintomas psicopatológicos propriamente ditos mas sim, experiências subjectivas internas, de dependência ou de auto-criticismo (Campos, 2000b).

No QED os resultados são obtidos para três factores: dependência (I), auto-criticismo (II) e eficácia (III), sendo que os itens mais saturados nos factores I e II, correspondem, respectivamente, aos temas característicos das dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade. Os itens que mais saturam no factor III envolvem auto-confiança, independência e satisfação com as próprias realizações (Campos, 2009).

A versão portuguesa do QED pode ser aplicada de forma individual ou colectiva e destina-se a sujeitos adultos entre os 18 e os 65 anos de idade. Embora não seja imposto limite de tempo, a sua aplicação deverá ter duração aproximada de cerca de 15 minutos (Campos, 2009).

Cada um dos 66 itens, depois de centrado e reduzido, é multiplicado pelo coeficiente factorial obtido na amostra de aferição original, de modo a ser ponderado para cada um dos factores do QED – auto-criticismo, dependência e auto-eficácia. Mais recentemente, Blatt et al. (1995) e Rude e Burnham (1995), identificaram 2 sub-escalas dentro do factor de dependência – necessidade e contacto. A pontuação nas sub-escalas de necessidade e contacto é obtida através análise factorial de segunda ordem com os 19 itens relativos à escala de dependência (Rude e Burnham, 1995).

O QED apresenta uma consistência interna razoável no estudo original (Blatt et al., 1979), no estudo de replicação posteriormente realizado (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990) e no estudo de adaptação da prova para a população portuguesa (Campos, 2000a).

Alguns estudos (Overholser, 1992; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990) com intervalos de tempo variados, têm demonstrado correlações teste-reteste aceitáveis, apontando para a estabilidade temporal das escalas e enfatizando a ideia de que as configurações anaclítica e introjectiva são características de personalidade estáveis, estabelecidas precocemente no desenvolvimento (Campos, 2000b, 2009).

Em estudos realizados com amostras clínicas e não clínicas com o instrumento original, e com a amostra do estudo de adaptação para a população portuguesa, foram obtidos diversos dados que apoiam a validade da prova (Campos, 2009; Zuroff et al., 1990).

Uma apresentação mais detalhada do instrumento encontra-se no capítulo 8 (Metodologia), na Parte II deste trabalho.

6.2. Correlatos Empíricos da Dependência e do Auto-Criticismo

Ao longo do tempo têm sido apresentados muitos trabalhos que apoiam a perspectiva de Blatt, sugerindo a existência de dois grandes tipos de experiências psicopatológicas (Blatt et al., 2007; Blatt et al., 1993; Blatt & Ford, 1994; Blatt et al., 1982; Blatt et al., 1995; Blatt & Zuroff, 1992; Bornstein & Cecero, 2000; Brewin et al., 1992; Campos, 2010b; Chevron et al., 1978; Dunkley et al., 1997; Grenyer et al., 2009; Lehman et al., 1997; Luyten et al., 2007; Klein, 1989; McCraine & Bass, 1984; Mongrain, 1993; Mongrain & Leather, 2006; Mongrain & Zuroff, 1995; Ouimette et al., 1994; Overholser & Freiheit, 1994; Pilkonis, 1988; Quinlan et al., 1992; Rude & Burnham, 1995; Santor et al., 1997; Santor & Zuroff, 1998; Shahar et al., 2003; Viglione et al., 1995; Welkowitz et al., 1985; Zuroff, 1994; Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

Alguns estudos demonstraram a relação entre a qualidade das relações precoces e os dois tipos de experiências psicopatológicas. De uma forma geral, os sujeitos autocríticos tendem a lembrar os pais como pessoas que dão demasiado valor à realização e a elevados níveis de sucesso. Por outro lado, sujeitos com enfoque na configuração relacional, tendem a recordar, mais frequentemente, a mãe como controladora, dominante, dificultando a emergência de autonomia e independência (Brewin et al., 1992; Campos, 2010b; McCraine & Bass, 1984; Quinlan et al., 1992; Grenyer et al., 2009).

Outros estudos enfatizaram a diferença de estilos motivacionais entre sujeitos dependentes e auto-críticos. De facto, enquanto a dependência se associou a uma aspiração à intimidade e ligação interpessoal, o auto-criticismo, pelo contrário, caracterizou-se por uma aspiração ao sucesso e à realização (Mongrain & Zuroff, 1995). Noutro estudo, Santor e Zuroff (1998), verificaram que as mulheres dependentes e as auto-críticas respondem de forma distinta aos acontecimentos que ameaçam o estatuto social: as mulheres com estilo dependente procuram preservar as suas relações, renunciando ao estatuto social se essas relações correrem risco; as mulheres auto-críticas preocupam-se com a forma como os acontecimentos podem comprometer o seu estatuto e auto-imagem.

Quanto a diferenças entre sexos nas experiências de dependência e auto-criticismo, vários estudos têm vindo a comprovar que a dimensão relacional é

frequentemente mais elevada nas mulheres, enquanto a da auto-definição é mais proeminente nos homens (Chevron et al., 1978; Dunkley et al., 1997). Porém, têm sido apresentados estudos de “incongruência” de género (Luyten et al., 2007): mulheres com perturbação depressiva major e outras perturbações psiquiátricas apresentavam elevados níveis de auto-criticismo, quando comparadas com os homens; homens com perturbação depressiva major apresentavam altos níveis de dependência quando comparados com as mulheres. Outros estudos têm demonstrado que, enquanto no caso da dependência as mulheres apresentam elevados níveis quando comparadas com os homens, no caso do auto-criticismo, geralmente não existem diferenças de género (Blatt et al., 1993; Zuroff et Fitzpatrick, 1995).

Welkowitz et al. (1985) concluem que não é tanto o sexo, mas o conceito de si próprio (como masculino ou feminino) que se relaciona com determinadas manifestações patológicas. No seu estudo, a aderência a um papel sexual masculino correlacionou-se positivamente com um nível inferior de sintomatologia depressiva em ambos os sexos. Além disto, nos homens, a adesão ao papel sexual feminino associou-se mais com a depressão e estilo anaclítico, o que não se verificou nas mulheres. Em ambos os sexos, a dependência correlacionou-se negativamente com a masculinidade.

Vários estudos com amostras não clínicas têm investigado a relação entre dependência e auto-criticismo e o modelo dos «Big-Five» (McCrae & Costa, 1990), especialmente na sua dimensão de neuroticismo. De facto, os estudos demonstram que a dependência e o auto-criticismo estão positivamente relacionados com o neuroticismo (Bornstein & Cecero, 2000; Dunkley et al., 1997; Mongrain, 1993; Santor et al., 1997; Zuroff, 1994). A dependência está ainda positivamente correlacionada com a extroversão e a amabilidade e negativamente correlacionada com a abertura à experiência. Por sua vez, o auto-criticismo está negativamente correlacionado com as dimensões da extroversão e da amabilidade.

Uma análise sobre as facetas de cada uma das cinco dimensões deste modelo da personalidade indica que a dependência está primariamente associada com a ansiedade e negativamente relacionada com a faceta de hostilidade do neuroticismo. Além disto, está positivamente relacionada com a faceta de sociabilidade da extroversão. Em contraste, o auto-criticismo, está relacionado com as facetas de depressão e hostilidade do neuroticismo e, tem uma baixa relação com a faceta de sociabilidade da extroversão (Bornstein & Cecero, 2000).

Bornstein (1992) sugere que a dependência pode ser conceptualizada segundo quatro componentes: motivacional, cognitiva, afectiva e comportamental. A nível motivacional, a dependência seria marcada por uma necessidade de suporte, orientação e aprovação dos outros. A nível cognitivo, o sujeito dependente percepcionar-se-ia como alguém impotente e pouco eficiente. Afectivamente, haveria uma tendência para desenvolver ansiedade sempre que o sujeito se visse sozinho e obrigado a funcionar autonomamente. A nível comportamental, o sujeito dependente teria uma tendência para procurar a ajuda e o suporte dos outros (Bornstein & Cecero, 2000). Congruentes com a perspectiva de Blatt, estas pesquisas indicam que a dependência está relacionada com uma forte necessidade de proximidade e de estabelecer relações íntimas, reflectindo uma orientação interpessoal na qual a hostilidade é inibida pelo medo de perder o amor e a atenção dos outros.

Quanto à dimensão de auto-criticismo, esta parece estar relacionada com o egocentrismo, ambivalência nas relações interpessoais e com a vulnerabilidade à depressão devido à constante auto-depreciação (Campos et al., 2011). Zuroff (1994) afirma que as dimensões de dependência e auto-criticismo não podem ser reduzidas aos factores do *Big Five* uma vez que aquelas dizem respeito a diferentes perspectivas do neuroticismo: a dependência diz respeito à forma agradável e extrovertida do neuroticismo, enquanto o auto-criticismo é uma forma mais introvertida e desagradável de neuroticismo.

Lehman et al. (1997, cit. in Blatt, 2004), ao examinarem a relação entre o QED e o Questionário Multidimensional da Personalidade de Tellegen (1982), verificaram que, por um lado, a dependência está positivamente correlacionada com o tradicionalismo e a proximidade interpessoal e, negativamente correlacionada com o poder social. Por outro lado, o auto-criticismo está positivamente associado com a agressividade e a alienação e negativamente relacionado com a proximidade social (Blatt, 2004; Mongrain & Zuroff, 1995).

6.3. As dimensões Anaclítica e Introjectiva em Amostras Clínicas

Luyten et al. (2007), realizaram um estudo cujo objectivo central era estudar a especificidade diagnóstica das duas dimensões da personalidade (anacítica e introjectiva). A amostra era constituída por estudantes universitários, adultos normais da comunidade, pacientes depressivos e pacientes psiquiátricos mistos. A análise dos resultados demonstrou que apesar de, tanto o auto-criticismo como a dependência

serem preditores do nível de sintomas depressivos, a dependência está mais especificamente ligada à perturbação depressiva major, enquanto o auto-criticismo não diferenciava pacientes depressivos e pacientes psiquiátricos mistos. No entanto, os autores concluíram que gravidade da depressão estava mais claramente ligada ao auto-criticismo do que à dependência, particularmente em doentes com perturbação depressiva major.

Blatt & Zuroff (1992), referem que o factor de auto-criticismo se correlaciona, geralmente, de forma significativa e moderada com as medidas estandardizadas tradicionais de depressão e de sintomatologia depressiva, quer em populações clínicas (Blatt & Zuroff, 1992; Klein, 1989), quer em populações universitárias, principalmente com as escalas de depressão de Beck e de Zung (Blatt & Zuroff, 1992). No caso da escala de dependência, as correlações são, em média, menos elevadas mas, nalguns casos, significativas, especialmente em populações clínicas (Klein, 1989). Estes resultados corroboram as ideias de Blatt e colaboradores, de que o factor de dependência parece medir uma dimensão da depressão que pode ser de certo modo negligenciada pelos principais métodos de avaliação da depressão que, geralmente estão mais aptos a medir a dimensão de auto-criticismo (Campos, 2000a).

Blatt e Zuroff (1992), ao analisarem os 20 itens da escala de Zung, mostraram que 14 deles avaliam uma dimensão mais psicológica, associada a características como o desespero, o auto-criticismo e a insatisfação – este conjunto de itens correlaciona-se significativamente com o factor II (auto-criticismo) do QED. Os restantes itens avaliam uma dimensão somática ou física do estado depressivo, relacionada com preocupações sobre o bem-estar físico como, fadiga, lentidão psicomotora, irritabilidade e lentidão, apresentando uma correlação elevada com o factor I (dependência) do QED. Poderá ser que as preocupações depressivas de dependência aparecem disfarçadas através de equivalentes depressivos, expressos em queixas físicas (Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000a).

Outras investigações junto de pacientes externos com perturbações da personalidade, sugerem a possibilidade de organizar as patologias do Eixo II em duas configurações de psicopatologia relacionadas com as questões do relacionamento e da auto-definição (Ouimette et al., 1994). Por um lado, as características dependentes, histriónicas e borderline relacionaram-se com o factor Dependência do QED. Por outro lado, as características paranóides, esquizóides, narcísicas, passivo-agressivas e obsessivo-compulsivas, correlacionaram-se com o factor Auto-Criticismo do QED.

Consistentes com as formulações de Blatt, Levy et al. (1995, cit in Blatt, 2004) verificaram que a dependência (Factor I do QED) estava positivamente correlacionada com os critérios de várias perturbações da personalidade: borderline, histriónica e dependente e, negativamente correlacionada com os critérios para a perturbação esquizóide da personalidade. Além disto, os autores verificaram que o factor II do QED, auto-criticismo, estava significativamente correlacionado com os critérios para as perturbações esquizóide, esquizotípica, borderline e narcísica da personalidade.

Overholser e Freiheit (1994) verificaram que a dependência em pacientes externos estava relacionada com a perturbação dependente da personalidade, enquanto o auto-criticismo estava relacionado com a perturbação negativista da personalidade, tal como avaliada pelo Inventário Clínico Multiaxial de Millon (1997). Ouimette et al. (1992 cit in Blatt, 2004) realizaram um estudo sobre perturbações da personalidade com estudantes e pacientes externos e internos, tendo concluído que a dependência estava unicamente relacionada com as perturbações dependente, histriónica e borderline da personalidade, enquanto o auto-criticismo estava unicamente relacionado com as perturbações paranóide, obsessivo-compulsiva, narcísica, esquizóide, esquizotípica, passivo-agressiva e anti-social da personalidade.

Overholser e Freiheit (1994) verificaram ainda que a dependência se correlaciona negativamente com uma medida de auto-estima positiva, e positivamente com os resultados de uma escala cujos valores elevados sugerem tendência para evitar situações de avaliação, medo de perder a aprovação social e medo de sofrer avaliações negativas dos outros. A escala de dependência correlaciona-se ainda positivamente com uma escala que mede o desconforto e inibição na presença dos outros e, negativamente com uma medida da capacidade do sujeito para informar os outros acerca da sua insatisfação com eles.

Gunderson et al. (1999, cit in Blatt, 2004) observaram que os pacientes com depressão major tendem a apresentar em simultâneo as perturbações obsessivo-compulsiva e evitante da personalidade (dimensão introjectiva) ou as perturbações borderline e passivo-agressiva da personalidade (dimensão anaclítica). Por sua vez, Pilkonis (1988) verificou que os médicos frequentemente caracterizavam os pacientes com depressão dependente quando estes tinham características dependentes e borderline da personalidade e, com depressão auto-crítica, quando estes eram caracterizados por uma defesa evitante e por falta de sensibilidade interpessoal.

Viglione et al. (1995), num estudo exploratório realizado com duas amostras independentes (clínica e não clínica) compostas por sujeitos do sexo feminino,

verificaram que a depressão anaclítica é caracterizada por desconforto em experiências de separação interpessoal, enquanto a depressão introjectiva é caracterizada por uma auto-avaliação negativa perante experiências nas quais são impostos ao sujeito determinados padrões. Shahar, Blatt e Ford (2003), ao avaliarem pacientes com um predomínio de ambas as configurações psicopatológicas, verificaram que estes, quando comparados com pacientes anaclíticos ou introjectivos «puros», apresentavam sintomas psiquiátricos mais significativos, maiores perturbações do pensamento, mecanismos de defesa mais desadaptativos, e valores de QI mais baixos.

6.4. Outros Aspectos Específicos do Relacionamento Interpessoal e da Auto-Definição

Luyten et al. (2003, cit in Blatt, 2004) ao realizarem uma análise de conteúdo ao QED, desenvolveram um sistema de 9 categorias para os itens deste instrumento: padrões pessoais, auto-avaliação, crenças e estilos relacionais, expectativas sobre os outros, auto-estima e variações de auto-estima, sentimento de desamparo, agressividade/ raiva, ansiedade/ medo e história desenvolvimental. Verificaram que os temas de desamparo, variações de auto-estima e medo de mudança são comuns aos factores de dependência e auto-criticismo, centrais na problemática da depressão. Além disto, verificaram também que a culpa interpessoal (por exemplo, devido ao medo de magoar os outros) está relacionada com o factor de dependência, enquanto a culpa intra-psíquica (por exemplo, por não viver de acordo com os padrões morais auto-exigidos) está relacionada com o factor de auto-criticismo.

Blatt, Zohar et al. (1995) ao examinarem os itens correspondentes ao factor I (Dependência) do QED verificaram que era possível, como já se disse, subdividir este factor em duas facetas: uma que avalia o relacionamento interpessoal adaptativo e uma que avalia uma forma de dependência desadaptativa. Esta última faceta, a necessidade, inclui itens que expressam sentimentos de desamparo, medos de abandono e um forte ênfase em torno das questões da perda de contacto físico mas, sem haver uma diferenciação clara relativamente a quem se é dependente. A segunda faceta, denominada relacionabilidade ou contacto, inclui itens que avaliam sentimentos de perda, tristeza e solidão em resultado do rompimento de determinadas relações com pessoas especiais. Estes itens não reflectem sentimentos de desamparo mas

sim, sentimentos de que a perda de uma determinada relação é acompanhada por sentimentos de tristeza e de perda (Blatt, 2004, 2008; Campos, 2000b).

Rude e Burnham (1995) apresentam suporte empírico para a distinção entre «*conecteness*» e «*neediness*», enquanto duas dimensões da dependência, respectivamente, saudável e patológica (Santor, 2003). A primeira consiste numa capacidade de estabelecer relações de proximidade confortáveis e seguras, sendo portanto considerada uma forma mais adaptativa de dependência (Campos, 2000b; Schulte et al., 2008); a segunda traduzir-se-ia por uma dependência anaclítica, um relacionamento desadaptativo e patológico, tanto a nível pessoal como interpessoal (Campos, 2000b; McBride et al., 2006), relacionando-se mais frequentemente com sintomas depressivos (Schulte et al., 2008).

Por outro lado, correlações diferenciais entre os factores de auto-criticismo e de auto-eficácia, e as dimensões adaptativa e desadaptativa do relacionamento interpessoal sugerem que os factores auto-criticismo e auto-eficácia do QED possam avaliar diferentes níveis de auto-definição – a percepção desadaptativa do *self* é avaliada pelo factor de auto-criticismo, enquanto uma auto-definição adaptativa é avaliada pelo factor de auto-eficácia do QED. Portanto, indivíduos com elevados resultados no factor de auto-criticismo são sensíveis ao ridículo e sentem-se desconfortáveis nos relacionamentos interpessoais (Blatt, 2004, 2008). Tendem a isolar-se e a serem pessoas reservadas, ambivalentes e distantes, ao mesmo tempo que são susceptíveis à depressão e a desenvolver sentimentos de culpa, tristeza e desamparo. Em contraste com a extensa pesquisa realizada em volta do auto-criticismo, a pesquisa realizada com a escala de eficácia é diminuta. No entanto, pode dizer-se que, esta faceta adaptativa da auto-definição, pelo contrário, reflecte experiências positivas, sentimentos de competência e segurança em si mesmo e no futuro (Blatt, 2004).

ESTUDO EMPÍRICO

7. Objectivos e Hipóteses de Investigação

Este trabalho tem como objectivo central, dar um contributo para a compreensão da psicopatologia, verificando se as diversas características psicopatológicas se podem “arrumar” ou agrupar em duas configurações de psicopatologia, de acordo com o modelo compreensivo e desenvolvimental de Sidney Blatt sobre a normalidade e a patologia psíquica. Embora a perspectiva inicial de Blatt (1974) assentasse exclusivamente sobre a distinção entre dois tipos de depressão, a investigação posteriormente desenvolvida, sugere a possibilidade de ir para além da patologia depressiva (Blatt & Schichman, 1983). A sua abordagem actual explicita que as várias patologias constituem desvios em relação ao desenvolvimento normal e que, dada a sua semelhança partilhada a vários níveis, podem ser agrupadas em duas linhas ou configurações primárias – anaclítica e introjectiva (Blatt, 2008).

Estas duas configurações psicopatológicas manifestam-se de uma forma característica, reflectindo determinadas lacunas no processo de desenvolvimento normal (que supõe um equilíbrio entre a capacidade de estabelecer relacionamentos próximos e de, ao mesmo tempo, construir uma identidade separada). O cruzamento de traços biológicos com determinados acontecimentos traumáticos precoces, pode provocar um enviesamento ou desvio nesse processo desenvolvimental, levando o sujeito a colocar um ênfase defensivo compensatório e exagerado numa das linhas ou tarefas desenvolvimentais em detrimento da outra – podendo assim, falar-se de configurações psicopatológicas anaclítica, se esse ênfase for colocado nas questões do relacionamento e da proximidade e, introjectiva, se o ênfase for colocado na auto-definição e independência.

O modelo de Blatt, permite ver as perturbações psicológicas de uma forma dinâmica, não centrada nos sintomas, mas sim, nas experiências subjectivas dos sujeitos, em dois continuums, ao longo dos quais pode haver progressões ou regressões dentro da respectiva configuração – anaclítica ou introjectiva. O estudo da dimensão que os sujeitos privilegiam, permite-nos compreender os mecanismos através dos quais se poderá ter desenvolvido a sua patologia, os seus antecedentes

distais, e as relações que existem entre as diversas patologias dentro da configuração a que pertence. Assim, a compreensão da psicopatologia nesta perspectiva, além de facilitar a compreensão dos processos psicológicos centrais em cada sujeito, permite prever a sua evolução e planear, antecipadamente, as estratégias de intervenção mais eficazes para cada pessoa.

No sentido de verificar se é possível compreender a psicopatologia em termos de duas configurações básicas e de dar um contributo para a compreensão do funcionamento dos sujeitos, relacionámos dados relativos às duas dimensões, anaclítica e introjectiva, com diversos correlatos clínicos e auto-relatos de pacientes psiquiátricos. Em termos estatísticos, será utilizada a análise de correlações de Pearson e a análise de regressão múltipla.

Os correlatos clínicos incluem o diagnóstico, idade de início da doença, número de internamentos realizados, número de psicofármacos administrados actualmente, frequência das consultas de psiquiatria e de acompanhamento psicológico, existência de tentativas de suicídio, número de surtos psicóticos e presença de doenças psiquiátricas na família.

Os dados de auto-relato serão obtidos através do Questionário de Experiências Depressivas (Anexo A) e do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Anexo B). O QED será utilizado para avaliar as dimensões anaclítica e introjectiva. O BSI terá como objectivo fornecer dados relativamente a diversas características psicopatológicas. Estes questionários serão aplicados individualmente a pacientes dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos Hospitais Distritais de Évora e de Santarém, mediante consentimento informado.

Os objectivos mais específicos do trabalho são, por um lado, verificar que variáveis clínicas se correlacionam com os resultados nas escalas do QED e, por outro lado, verificar que variáveis psicopatológicas medidas pelo BSI se correlacionam com estas mesmas escalas do QED. Neste estudo, serão consideradas as escalas de Auto-Criticismo, para avaliar a dimensão introjectiva, e de Necessidade, para avaliar a dimensão anaclítica do QED. A escala de Necessidade é uma sub-escala da Escala de Dependência e consiste numa medida mais diferenciada e mais relacionada com a psicopatologia do que a escala de dependência em si. Trata-se de uma medida de dependência desadaptativa, relacionada com sentimentos de fragilidade e desamparo e com uma necessidade extrema e indiferenciada da presença de outros.

O QED é um questionário composto por 66 afirmações às quais o sujeito tem de responder através de uma escala de Likert de 7 pontos (desde, discordo totalmente

a concordo totalmente), conforme a sua experiência subjectiva pessoal. O objectivo deste questionário é avaliar as duas grandes dimensões da personalidade – anaclítica e introjectiva.

O BSI é um questionário composto por 53 descrições de sintomas psicopatológicos, sendo que o sujeito tem de responder consoante a frequência com que apresentou cada sintoma durante a última semana (a gradação da resposta vai desde nunca até muitíssimas vezes). O objectivo é avaliar as nove dimensões psicopatológicas (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo).

Espera-se que as correlações encontradas apoiem a concepção de Blatt, sobre a psicopatologia. Assim, espera-se que a sub-escala de necessidade se correlacione com as sub-escalas de somatização, ansiedade, ansiedade fóbica e depressão do BSI, enquanto o factor auto-criticismo se correlacione com as sub-escalas de depressão, sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo do BSI.

Dada a sua dificuldade em reflectir sobre os afectos nutridos nas relações interpessoais, os sujeitos anaclíticos tendem, frequentemente, a expressar a sua depressão através de somatizações (Blatt, 2008; Campos, 2000b), o que indica que, em princípio, a dimensão somática do BSI se poderá correlacionar com a escala de necessidade do QED.

Uma vez que a literatura sugere que as medidas de depressão se correlacionam mais com o auto-criticismo do que com a dependência (Blatt, 2004; Luyten et al., 2007), espera-se que a sub-escala de depressão do BSI apresente uma correlação positiva, significativamente mais elevada para o factor de auto-criticismo do QED. No entanto, estudos mais recentes, mostram que, quando se considera a necessidade (enquanto dimensão mais desadaptada da dependência), as correlações com a depressão são igualmente significativas.

Por outro lado, embora a ansiedade esteja associada a ambas as configurações psicopatológicas, supõe-se que, possa ser mais perceptível nos sujeitos dependentes, dado o seu estilo de vinculação ansioso-ambivalente e a sua vulnerabilidade a sentimentos de insegurança, perda e abandono por parte das pessoas significativas (Blatt, 1974, 2008; Campos, 2000b; McBride et al., 2006; Viglione et al., 1995). Assim, espera-se que a escala de ansiedade fóbica do BSI se

correlacione com escala de necessidade de forma mais expressiva, mas também com escala e auto-criticismo.

A auto-depreciação, o isolamento e o desconforto nas relações interpessoais, enquanto manifestações da sensibilidade interpessoal, sugerem que esta dimensão psicopatológica poderá estar mais correlacionada com o factor de auto-criticismo (Blatt, 2008; Canavarro, 2008) mas também com a necessidade devido à vulnerabilidade a sentimentos de abandono e desamparo, que os sujeitos anaclíticos tendem a experimentar.

Os indivíduos com características obsessivo-compulsivas (preocupados com o controlo sobre a mente e o corpo, as acções e os sentimentos) ou paranóides (que apresentam um pensamento projectivo e sentimentos de grandeza característicos do narcisismo fálico) tendem a revelar alguma hostilidade, fantasias de destruição e agressividade (Blatt, 2008; Campos, 2003; Canavarro, 2007), o que sugere uma correlação significativa das dimensões de obsessão-compulsão, hostilidade e ideação paranóide, com o auto-criticismo do QED. Além disto, tal como foi apresentado anteriormente, no modelo de Blatt (2008), a paranóia e a perturbação obsessivo-compulsiva situam-se claramente na dimensão introjectiva.

Por fim, espera-se que as características psicóticas, avaliadas pela dimensão 9 do BSI, sejam mais evidentes em sujeitos introjectivos, uma vez que estes, na luta para assegurar um *self* distinto, podem, no extremo, apresentar grandes distorções da realidade sobre a forma de esquizofrenia paranóide (Blatt, 2008). No entanto, de acordo com o modelo de Blatt, a psicose também se pode manifestar em sujeitos anaclíticos, dada a dificuldade de diferenciação entre o *self* e o outro.

Assim, no que respeita aos diagnósticos, espera-se que a presença de perturbações de ansiedade e a presença de perturbações do humor se correlacione com a necessidade, enquanto a presença de perturbações psicóticas e a presença de perturbações do humor se correlacione com o auto-criticismo.

Relativamente aos restantes correlatos clínicos, espera-se que sejam os anaclíticos aqueles que apresentam uma maior frequência de acompanhamento psicológico e de consultas de psiquiatria, dadas as suas características centrais relacionadas com a necessidade de suporte relacional, orientação e aprovação dos outros. De facto, os sujeitos dependentes tendem a achar-se impotentes e pouco eficientes, apresentando uma forte tendência para procurar ajuda e suporte dos outros (Blatt et al., 2007; Bornstein, 1992; Bornstein & Cecero, 2000).

Além disto, espera-se encontrar uma correlação significativa entre a dimensão introjectiva e a frequência das consultas de psiquiatria, o nº de internamentos e o nº de psicofármacos tomados – indicadores indirectos da gravidade da doença. Luyten et al. (2007), verificaram que a dimensão introjectiva era melhor preditora do que a dimensão anaclítica, da gravidade da perturbação depressiva. Também o número de tentativas de suicídio e o número de surtos psicóticos será, provavelmente, maior, para sujeitos que obtêm uma pontuação elevada no factor auto-criticismo. É sabido (Blatt, 2008; Campos, Besser & Blatt, no prelo; Schulte et al., 2008) que o risco de suicídio é muito mais expressivo nos sujeitos da configuração introjectiva. Campos et al. (no prelo), verificaram, em sujeitos da comunidade, que apenas a dimensão introjectiva se correlaciona com a suicidalidade. De facto, os sujeitos introjectivos desenvolvem facilmente sentimentos de raiva que, associada à auto-crítica e culpabilidade, pode ser dirigida para o *self*, atingindo muitas vezes uma dimensão auto-destrutiva (Blatt, 2008; Dunkley & Blankstein, 2000; Whiffen & Aube, 1999).

Por fim, consideramos ainda, no sentido exploratório, duas outras variáveis: idade de início da doença e existência de doenças psiquiátricas na família.

8. Metodologia

Este capítulo destina-se à apresentação da metodologia utilizada neste trabalho. Em primeiro lugar, caracterizamos os participantes que constituem a amostra do estudo e, em segundo lugar apresentamos detalhadamente os dois instrumentos utilizados – Questionário de Experiências Depressivas e Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Por último, explicitamos o procedimento geral de recolha de dados e o procedimento de análise de dados.

8.1. Participantes

Participou neste estudo uma amostra de conveniência composta por 50 sujeitos, dos quais, 37 (74%) são do sexo feminino e 13 (26%) são do sexo masculino. Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 23 e os 65 anos ($M = 44$; $DP = 12,19$) e uma escolaridade que varia entre 4 e 17 anos ($M = 10,14$; $DP = 3,90$). Os participantes são pacientes externos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora (38 sujeitos) e do Hospital Distrital de Santarém (12 sujeitos), mediante consentimento informado para participar no estudo.

Os diagnósticos apresentados são, por ordem da sua frequência, perturbação depressiva (28 sujeitos), ansiedade generalizada (8 sujeitos), perturbação bipolar (7 sujeitos), esquizofrenia (3 sujeitos), perturbação esquizoafectiva (2 sujeitos) e perturbação pós-stress traumático (2 sujeitos).

Relativamente ao estado civil, 22 sujeitos são casados, 14 são solteiros, 12 são divorciados e 2 são viúvos. De acordo com a Classificação Nacional de Profissões, pode dizer-se que existem nesta amostra, 13 trabalhadores não qualificados, 6 especialistas das profissões intelectuais/ científicas, 6 técnicos/ profissionais de nível intermédio, 3 administrativos, 3 vendedores/ pessoal dos serviços, 1 pertencente ao grupo dos quadros superiores de administração pública, 1 pertencente ao grupo dos operadores de instalações e máquinas, 11 desempregados e 6 reformados. A tabela 1 apresenta a estatística descritiva desta amostra.

Na selecção dos sujeitos, foram considerados como critérios de exclusão, idade inferior a 19 anos ou superior a 65 anos; escolaridade inferior a 6 anos (excepto se o sujeito apresentar competência na compreensão da linguagem oral e/ou escrita mas, no mínimo com o 4^a ano); evidência de síndrome orgânica ou de risco marcado

de suicídio; confusão/ desorientação mental ou estado psicótico/ delirante agudo no momento da avaliação.

Tabela 1. Variáveis de Caracterização da Amostra

Variáveis		N	%	Média (Desvio-Padrão)
Sexo	Masculino	13	26	
	Feminino	37	74	
Idade				44 (12.19)
Estado Civil	Solteiro	14	28	
	Casado	22	44	
	Divorciado	12	24	
	Viúvo	2	4	
Escolaridade (em anos)	4	5	10	
	6	6	12	
	7	1	2	
	8	1	2	10.14 (3.90)
	9	16	32	
	12	13	26	
	17	8	16	
Profissão*	Quadros Superiores de Administração	1	2	
	Especialistas Intelectuais	6	12	
	Profissionais Intermédios	6	12	
	Pessoal Administrativo	3	6	
	Vendedores	3	6	
	Operadores de instalações/ máquinas	1	2	
	Trabalhadores não qualificados	13	26	
	Desempregados	11	22	
Reformados	6	12		
Diagnóstico	Depressão	28	56	
	Bipolar	7	14	
	Ansiedade	8	16	
	Pós-Stress Traumático	2	4	
	Esquizofrenia	3	6	
	Esquizoafectiva	2	4	

* De acordo com a Classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional
N=50

8.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados dois Instrumentos de medida adaptados para a população portuguesa: o Questionário de Experiências Depressivas (Campos, 2009) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1995). Além disto, o investigador preencheu, para cada sujeito, uma Ficha de Anamnese, com dados demográficos e clínicos (Anexo C). Os dados demográficos recolhidos foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão; os dados clínicos recolhidos são: diagnóstico, idade de início da doença, nº de internamentos realizados, nº de psicofármacos administrados actualmente, periodicidade da consulta de psiquiatria, existência de acompanhamento psicológico, existência de tentativas de suicídio, nº de surtos psicóticos e existência de doenças psiquiátricas na família.

8.2.1. Questionário de Experiências Depressivas

Blatt e colegas criaram o Questionário de Experiências Depressivas (QED) – um instrumento de auto-relato desenvolvido para avaliar experiências relacionadas com a depressão, não directamente considerados sintomas depressivos (Blatt, 2004; Blatt et al., 1976; Campos, 2009; Kuperminc et al., 1997; Viglione et al., 1995). Blatt, estudou inicialmente as experiências depressivas em populações não clínicas e, só posteriormente, estendeu os seus estudos à população psiquiátrica (Campos, 2010b).

Inicialmente, o QED tinha como objectivo, medir dois tipos de experiências fenomenológicas típicas da patologia depressiva: as de dependência e as de auto-criticismo (Blatt et al., 1982; Campos, 2000a, 2000b, 2010b; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). Blatt e colaboradores (1976; 1979; 1982), realizaram estudos com amostras clínicas e não clínicas, demonstrando a capacidade do QED para distinguir dois tipos de experiências depressivas (dependência e auto-criticismo). Importa, no entanto, esclarecer que o QED não foi desenvolvido especificamente com o objectivo de avaliar as dimensões anaclítica e introjectiva da depressão – foi sim, desenvolvido para avaliar as experiências quotidianas dos indivíduos com depressão, tendo os factores de dependência e auto-criticismo emergido da análise factorial, confirmando a formulação teórica sobre as duas dimensões (relacionamento interpessoal e auto-definição), consideradas fontes de depressão (Blatt, 2004). Porém, tal como a investigação tem mostrado que as configurações anaclítica e introjectiva se podem aplicar à patologia em geral e não apenas à depressão, também a utilização do QED

se tem alargado, sendo utilizado para avaliar, genericamente, as dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade (Blatt, 2008).

Revedo exaustivamente a literatura clínica sobre a depressão, Blatt e colegas redigiram 150 afirmações que constituíam experiências descritas por indivíduos deprimidos no seu dia-a-dia, mas que não representavam necessariamente sintomas manifestos de depressão (Blatt, 1990, 2000a; Blatt et al. 1976; Campos, 2009). São frases que consistem em descrições em torno de temas como a forma como os depressivos se relacionam com os outros, como se sentem com eles próprios, a forma como levam as suas vidas e aquilo que mais os preocupa (Campos, 2000a). Sessenta e seis dessas afirmações foram seleccionadas como sendo as que melhor descreviam as experiências fenomenológicas características dos sujeitos depressivos (Blatt et al., 1976; Campos, 2000a). Portanto, este instrumento de avaliação psicológica é constituído por 66 itens, aos quais o sujeito tem de responder através de uma escala de Likert de 7 pontos, correspondendo o 1 a “discordo totalmente” e o 7 a “concordo totalmente”. O 4 é o ponto intermédio, pelo qual o sujeito deve optar quando está claramente indeciso (Besser & Priel, 2003; Blatt et al., 1995; Campos, 2000a, 2010b; Luthar & Blatt, 1995; Mongrain, 1998; Mongrain & Leather, 2006; Santor et al., 1997). A versão portuguesa da prova destina-se a sujeitos adultos com pelo menos o segundo ciclo da escolaridade obrigatória, entre os 18 e os 65 anos de idade. A aplicação do QED não tem limite de tempo mas deverá rondar os 15 minutos, podendo ser aplicada de forma individual ou colectiva (Campos, 2009).

São obtidos resultados para três factores: dependência (I), auto-criticismo (II) e eficácia (III). Os itens mais saturados no factor I e II, envolvem, respectivamente, os temas característicos da dimensão anaclítica e da dimensão introjectiva da personalidade. Os itens do factor I estão primariamente, dirigidos para o exterior; referindo-se às relações interpessoais e relacionam-se com temas de abandono, solidão, inutilidade e desejos de proximidade relacionados com a dependência dos outros. Os itens com maior peso neste factor reflectem preocupações com ser-se rejeitado ou magoado e dificuldades em lidar com a raiva e agressão por medo de ser rejeitado e de perder a gratificação das pessoas significativas (Besser & Priel, 2003; Blatt, 2004; Blatt et al., 1995; Campos, 2000a, 2010b; Viglione et al., 1990).

Blatt, Zohar et al. (1995) verificaram que é possível subdividir o factor I em duas facetas: uma que avalia uma forma de dependência desadaptativa e uma que avalia o relacionamento interpessoal adaptativo – necessidade e contacto, respectivamente. A primeira, como o nome indica, relaciona-se com uma necessidade

indiferenciada da presença dos outros e com sentimentos de desamparo a fragilidade; o relacionamento (ou contacto) inclui itens que sugerem a valorização de uma pessoa em particular.

O factor II é constituído por itens que são mais dirigidos para o interior e reflectem sentimentos de culpa, vazio, insatisfação, desespero e insegurança. Os itens com elevado peso neste factor reflectem as preocupações dos sujeitos com a possibilidade de falharem ou de não corresponderem às expectativas e padrões sociais, preocupações com a incapacidade para assumir responsabilidades, sentimentos ambivalentes sobre o *self* e os outros e tendência para a auto-culpabilização (Besser & Priel, 2003; Blatt, 2004; Campos, 2000a, 2010b; Viglione et al., 1990).

Relativamente ao terceiro factor, este integra itens que reflectem a auto-confiança do sujeito sobre as suas aptidões e capacidades. Os itens com maior peso neste factor relacionam-se com o estabelecimento de objectivos pessoais elevados, sentido de responsabilidade, sentimentos de independência, força interior, orgulho e satisfação com as próprias realizações (Blatt, 2004; Campos, 2000a; Viglione et al., 1990; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). Schapiro (1988) refere que o factor eficácia poderá, em determinados contextos, medir uma defesa hipomaníaca contra a depressão (Campos, 2000a, 2009). Os sujeitos de amostras não clínicas que obtêm pontuações elevadas neste factor são caracterizados por uma aspiração ao sucesso, porém, não são muito competitivos (Blatt, 2004).

Os três factores apresentaram-se bastante estáveis na amostra de aferição e as soluções factoriais para rapazes e raparigas mostraram-se semelhantes, quando se utilizou o coeficiente de congruência de Tucker (Blatt et al., 1976). A estrutura factorial foi reproduzida usando amostras mais numerosas de universitários de ambos os sexos. Fuhr e Shean (1992) obtiveram uma solução factorial com jovens universitários semelhante à original no que respeita à variância explicada, aos valores próprios e magnitude das saturações nos factores (Campos, 2009).

O teste apresenta uma consistência interna aceitável, com valores *Alpha de Cronbach* moderados, quer no estudo original, entre 0,72 e 0,83 (Blatt et al., 1979; Campos, 2000a), quer no estudo de replicação posteriormente realizado, entre 0,69 e 0,80 (Campos, 2000a; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). Também no estudo de adaptação da prova para a população portuguesa foi encontrada uma precisão aceitável, com *Alpha de Cronbach* entre 0,70 e 0,82 (Campos, 2000a, 2009).

Quanto à validade da prova, verificaram-se correlações baixas entre os factores I e II do QED. Nietzel e Harris (1990) considerando quinze estudos com amostras clínicas e não clínicas, observaram uma correlação média entre os dois factores, de 0,22. Em amostras não clínicas, as correlações tendem a ser mais baixas. Na amostra do estudo de adaptação para a população portuguesa do teste também se verificou uma independência entre estes dois construtos, com correlações entre -0,02 e 0,12, em função dos subgrupos utilizados (Campos, 2009).

A estabilidade temporal das escalas apoia a conceptualização de Blatt, segundo a qual, as configurações anaclítica e introjectiva são características de personalidade estáveis (Campos, 2000a, 2009; Franche & Dobson, 1992). De facto, vários estudos apresentam correlações teste-reteste aceitáveis (Campos, 2000b). Zuroff et al. (1983), mostraram que a dependência e o auto-criticismo são factores estáveis ao longo do tempo, apresentando uma correlação teste-reteste de, respectivamente, 0,80 e 0,75 (com um intervalo de 13 semanas) e de 0,89 e 0,83 (com um intervalo de 5 semanas). Zuroff, Igreja e Mongrain (1990), com um intervalo de 12 meses, referem também valores moderados de correlação teste-reteste, de 0,79 para ambas as escalas. Com um intervalo de 10 semanas, Overholser (1992) apresentou uma correlação teste-reteste de 0,78 e 0,75 para as escalas de dependência e de auto-criticismo, respectivamente.

8.2.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Em 1977, Derogatis apresentou o *Symptom Check-List* (SCL-90), um questionário construído no sentido de avaliar sintomas do foro psicopatológico. Porém, o facto de ser constituído por 90 itens, levou à necessidade de se criar uma versão mais breve do teste, uma vez que em determinados contextos não há tempo suficiente para a resposta a um questionário tão longo. Assim surgiu o *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1982), que integra 53 itens ou descrições de sintomas psicopatológicos. Num estudo com doentes psiquiátricos, foi encontrada uma correlação entre o SCL-90 e o BSI que varia entre 0,92 e 0,99, em função da escala considerada, o que sugere que, pelo menos para a população clínica, estes dois instrumentos medem os mesmos constructos. O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1995) é a designação da adaptação portuguesa do BSI. Esta prova permite avaliar nove dimensões psicopatológicas e, através de três índices

globais, permite também fazer uma avaliação geral da presença de psicopatologia (Canavarro, 1999). Neste estudo serão considerados os resultados para as 9 escalas.

As nove dimensões descritas por Derogatis são a somatização (SOM), obsessões-compulsões (OC), sensibilidade interpessoal (SI), depressão (DEP), ansiedade (ANS), hostilidade (HOS), ansiedade fóbica (AF), ideação paranóide (IP) e psicoticismo (PSI). A somatização consiste numa sensação de mal-estar provocada pela percepção distorcida do funcionamento somático. A dimensão da obsessão-compulsão refere-se a cognições e comportamentos persistentes e irresistíveis, embora indesejados para o sujeito que os percebe. A autodepreciação, o desconforto, a hesitação e a timidez nas interações sociais são as características principais da sensibilidade interpessoal. A escala de depressão é composta por itens que reflectem os sintomas típicos da depressão clínica. Por sua vez, a categoria da ansiedade inclui itens que reflectem os sintomas da ansiedade generalizada e de ataques de pânico. A hostilidade é uma dimensão caracterizada por pensamentos, emoções e comportamentos característicos da cólera. Os itens da ansiedade fóbica focam-se em manifestações do comportamento fóbico mais disruptivas e patognomónicas. A selecção dos itens que compõem a sub-escala de ideação paranóide foi feita tendo em conta as características básicas do funcionamento paranóide, como o pensamento projectivo, a suspeição, o egocentrismo e o sentimento de grandeza. Por último, o psicoticismo é uma dimensão que avalia um continuum, desde um estilo de vida esquizóide a sintomas reveladores de psicose. Note-se que, quatro dos 53 itens do BSI não pertencem a nenhuma das dimensões descritas, sendo apenas considerados nos cálculos dos índices globais (Canavarro, 2007).

O BSI pode ser aplicado individual ou colectivamente e costuma demorar cerca de 10 minutos. As pontuações para cada dimensão são obtidas do seguinte modo: somam-se os valores obtidos (0-4) em cada item e divide-se o valor dessa soma pelo número de itens pertencentes à dimensão correspondente. Os índices gerais do BSI são: o índice geral de sintomas (IGS), o total de sintomas positivos (TSP) e o índice de sintomas positivos (ISP). «Do ponto de vista clínico a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo» (Canavarro, 2007).

Quanto à precisão da prova, no estudo original, os valores *Alpha de Cronbach* (entre 0,71 e 0,85), sugerem uma consistência interna bastante razoável para as nove escalas. Nos estudos de adaptação para a população portuguesa, os valores de *Alpha*

também se encontram num intervalo razoável (entre 0,72 e 0,80), à excepção das escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo (com 0.62 em ambas). A validade do BSI foi verificada através de correlações entre as nove escalas e as três notas globais, tendo-se verificado que todas as correlações são estatisticamente significativas ($p < .001$). Quanto à validade discriminativa (entre sujeitos perturbados e não perturbados), verifica-se uma função de forma global estatisticamente significativa, dado que existem diferenças multivariadas significativas entre os dois grupos (Canavarro, 1999).

8.3. Procedimento

Antes do início da recolha de dados, foi necessário, previamente, redigir uma carta com um Pedido de Autorização (Anexo D), aos directores dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental (Hospital do Espírito Santo de Évora e Hospital Distrital de Santarém) e obter consentimento da comissão de ética dos respectivos hospitais. Ainda antes de se iniciarem as aplicações, foi necessária uma reunião com a equipa de cada departamento, de modo a estabelecer um procedimento adequado para a obtenção dos dados. As aplicações decorreram ao longo de 16 semanas, em média duas vezes por semana. Os dados foram recolhidos por dois mestrandos, servindo simultaneamente para dois trabalhos: após o recrutamento de cada paciente, tendo por base os critérios de exclusão, estes eram levados para uma sala onde se realizavam as aplicações.

Os sujeitos foram convidados a assinar a Ficha de Consentimento Informado (Anexo E) e a participar voluntariamente no estudo, através da resposta aos dois instrumentos de avaliação, em sessões individuais, com uma duração de cerca de 90 minutos (incluindo o tempo de instrução e preenchimento dos questionários). O pacote das provas é comum a duas investigações, sendo composto pelos seguintes instrumentos: Questionário de Experiências Depressivas (QED), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Inventário de Mecanismos de Defesa (DMI) e Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Portanto, embora o procedimento geral inclua a aplicação de quatro provas, tendo em conta o objectivo do presente estudo, apenas se realiza a análise dos resultados de duas das provas aplicadas (QED e BSI).

A ordem de aplicação dos quatro questionários foi aleatória e variável. Posteriormente, os instrumentos preenchidos foram anexados à respectiva ficha com a

informação clínica recolhida. Esta ficha foi preenchida pelo investigador durante a sessão, com a informação constante do processo do paciente.

8.4. Procedimentos de Análise de Dados

Calcularam-se as Correlações de Pearson entre as escalas do QED (Necessidade e Auto-criticismo) e as nove dimensões do BSI (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e, entre os factores do QED e as variáveis clínicas.

As sub-escalas do BSI que se correlacionaram de forma significativa com as escalas de necessidade e auto-criticismo foram introduzidas como predictoras em duas análises de regressão múltipla. Considerando as escalas do QED como variáveis dependentes, a análise de regressão múltipla, permitirá verificar o modo como se manifestam, em conjunto, as características psicopatológicas na predição da dimensão anaclítica e da dimensão introjectiva.

9. Resultados

Seguidamente são apresentados os resultados do presente estudo. Em primeiro lugar apresenta-se a estatística descritiva dos resultados obtidos nas diferentes escalas de medida. Depois, os resultados relativos às correlações entre as escalas das medidas de auto-relato utilizadas, QED e BSI, e relativos a correlações entre as escalas do QED e os Correlatos Clínicos. Por último, são apresentadas as análises de regressão linear múltipla que utilizam o resultado nas escalas de necessidade e de auto-criticismo como variáveis dependentes e os resultados nas escalas do BSI como preditores.

9.1. Estatística Descritiva das medidas de Auto-Relato

A Tabela 2 apresenta as médias e desvios-padrão dos resultados obtidos nos dois instrumentos de avaliação utilizados – QED e BSI.

Tabela 2. Médias e Desvios-Padrão dos resultados nas Escalas do QED e do BSI

	Média	Desvio-Padrão
Auto-Criticismo	.32	1.06
Necessidade	.42	.83
Somatização	1.47	.96
Obsessões-Compulsões	2.00	.80
Sensibilidade Interpessoal	1.58	.96
Depressão	2.04	1.08
Ansiedade	1.80	.88
Hostilidade	1.62	1.04
Ansiedade Fóbica	1.02	.92
Ideação Paranóide	1.89	.98
Psicoticismo	1.38	.86

9.2. Correlações entre medidas de Auto-Relato

De modo a testar as hipóteses da existência de relações entre a necessidade e o auto-criticismo e as escalas do BSI, realizaram-se Correlações de Pearson entre as escalas do BSI e as escalas do QED. A Tabela 3 apresenta os valores de Correlações de Pearson obtidos.

Tabela 3. Correlações de Pearson entre os resultados nas escalas de Necessidade e de Auto-Criticismo do QED e os resultados nas escalas do BSI.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Auto-Criticismo											
2 Necessidade	.359										
3 Somatização	.259	.382 [*]									
4 Obsessões-Compulsões	.404 ^a	.421 ^a	.705 ^a								
5 Sensibilidade Interpessoal	.473 ^a	.465 ^a	.731 ^a	.630 ^a							
6 Depressão	.444 ^a	.423 ^a	.777 ^a	.810 ^a	.764 ^a						
7 Ansiedade	.439 ^a	.358	.746 ^a	.811 ^a	.705 ^a	.827 ^a					
8 Hostilidade	.610 ^a	.305	.579 ^a	.598 ^a	.725 ^a	.706 ^a	.715 ^a				
9 Ansiedade Fóbica	.307	.460 ^a	.694 ^a	.525 ^a	.678 ^a	.558 ^a	.619 ^a	.598 ^a			
10 Ideação Paranóide	.421 ^a	.282	.546 ^a	.606 ^a	.716 ^a	.608 ^a	.583 ^a	.734 ^a	.457 ^a		
11 Psicoticismo	.516 ^a	.427 ^a	.754 ^a	.699 ^a	.866 ^a	.778 ^a	.685 ^a	.752 ^a	.699 ^a	.645 ^a	

N=50; ^{*} p<.01; ^a após uma correcção de *Bonferroni*, o *alpha* foi ajustado para .005.

As escalas do BSI que se correlacionam de forma significativa com o Auto-Criticismo, após a correcção de Bonferroni, são Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ideação Paranóide e Psicoticismo. As escalas do BSI que se correlacionaram com a Necessidade são Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica, e Psicoticismo. A correlação entre a escala de Necessidade do QED e a escala de Somatização do BSI é significativa para um valor de significância de .01 mas, deixando de ser significativa se considerarmos o valor de *alpha* corrigido. Esta correcção do valor de *alpha* justifica-se dado o elevado número de correlações calculadas.

9.3. Correlações entre QED e Correlatos Clínicos

A existência de relações entre os correlatos clínicos e as configurações anaclítica e introjectiva do modelo de Blatt, foi verificada através do cálculo de Correlações de Pearson entre esses correlatos e as escalas do QED (Auto-Criticismo e Necessidade). Os valores de correlação encontram-se na tabela 4.

Tabela 4. Correlações de Pearson entre os resultados nas escalas de Necessidade e de Auto-Criticismo do QED e os Correlatos Clínicos

	Auto-Criticismo	Necessidade
Perturbação do Humor	.00	-.08
Perturbação de Ansiedade	-.09	-.10
Perturbação Psicótica	.12	.27
Idade de Início da Doença	.00	.04
Nº de Internamentos	.04	.03
Nº de Psicofármacos	.15	.02
Consulta Psiquiatria	.00	-.11
Consulta Psicologia	.04	.09
Tentativas Suicídio	.28*	.24
Nº Surto Psicóticos	.05	.12
Doenças na Família	-.02	.03

N=50; * p<.05

Não se encontraram correlações significativas entre as variáveis clínicas e as escalas de Auto-Criticismo e de Necessidade, à excepção da correlação positiva entre Auto-Criticismo e a Existência de Tentativas de Suicídio ($p < .05$). Se ajustarmos o *alpha* com uma correcção de Bonferroni, o valor deixa de ser significativo.

9.4. Regressões Lineares Múltiplas

Uma vez identificadas as correlações significativas ($p < .005$) entre as escalas do BSI e do QED, realizámos duas análises de regressões lineares múltiplas: uma para prever a escala de Auto-Criticismo e outra para prever a escala de Necessidade, no sentido de verificarmos a forma como as diferentes características psicopatológicas se comportam em conjunto na predição do Auto-Criticismo e da Necessidade.

Tabela 5. Análises de Regressão Linear para a Escala de Necessidade e a Escala de Auto-Criticismo do QED

		B	β	t	*p<	R	R ²	F	*p<
Necessidade						.52	.27	3.36	.012
	OC	.20	.19	.86	.392				
	SI	.23	.27	.99	.324				
	DEP	.02	.02	.09	.923				
	AF	.23	.26	1.42	.163				
	PSI	-.14	-.15	-.51	.608				
Auto-Criticismo						.62	.38	3.79	.003
	OC	.17	.13	.51	.608				
	SI	.06	.05	.19	.850				
	DEP	-.08	-.08	-.32	.749				
	ANS	-.09	-.08	-.30	.761				
	HOS	.62	.61	2.58	.013				
	IP	-.13	-.12	-.60	.552				
	PSI	.14	.12	.41	.682				

N=50; * $p < .05$

De modo a garantir os pressupostos da análise de regressão linear múltipla, testou-se a normalidade dos resíduos, através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Os testes demonstraram que os resíduos relativos à regressão linear para prever o Auto-Criticismo apresentam uma distribuição normal (K-S=.11, $p = .08$; S-W=.98, $p = .79$) bem como os resíduos referentes à regressão linear para prever a Necessidade (K-S=.10, $p = .20$; S-W=.96, $p = .16$).

O único resultado significativo é relativo à contribuição da escala de hostilidade na previsão do Auto-Criticismo ($p=.013$). Este resultado deve-se provavelmente ao facto de as diferentes escalas do BSI se apresentarem fortemente relacionadas entre si, pelo que o seu valor preditor baixa quando são consideradas em conjunto nas análises de regressão.

10. Discussão dos Resultados

Este estudo foi realizado no sentido de estudar os correlatos clínicos e de auto-relato, associados às duas configurações psicopatológicas – anaclítica e introjectiva – de acordo com a perspectiva de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e a psicopatologia. Para Blatt, é o ênfase que o sujeito coloca numa das tarefas de desenvolvimento (relacionamento ou auto-definição) que conduz a uma estruturação das configurações, anaclítica ou introjectiva. Genericamente, as psicopatologias anaclíticas constituem formas distorcidas de manter relações interpessoais gratificantes, enquanto as psicopatologias introjectivas se caracterizam por esforços desadaptativos no sentido de estabelecer um conceito exigente e ideal do *self*.

Na configuração anaclítica, as patologias caracterizam-se por um ênfase excessivo nas relações interpessoais e por desejos de proximidade, fusão, amor e intimidade com o outro. Desta forma, a dependência e a necessidade extrema de atenção e de proximidade traduzem-se, por um lado, na procura excessiva de conforto e satisfação interpessoal, por outro lado, na dificuldade em tolerar experiências de separação física (Blatt, 2004, 2008; Luthar & Blatt, 1993; Vettese & Mongrain, 2000). As patologias da configuração introjectiva relacionam-se fundamentalmente com a definição do *self* como entidade autónoma e separada, pelo que os desejos básicos destes indivíduos são, basicamente, alcançar independência, autonomia, controlo, poder e reconhecimento. Consequentemente, são muito vulneráveis a sensações de falha e criticismo, respondendo a estas experiências com sentimentos de incompetência, culpa e inutilidade (Blatt, 2008; Blatt, Besser & Ford, 2007; Luthar & Blatt, 1993; Zuroff & Lorimier, 1989).

A distinção entre duas configurações da personalidade e psicopatológicas, constituiria um contributo para a compreensão do funcionamento normal e patológico dos sujeitos, e do tipo de intervenção psicológica mais adequado para cada pessoa, consoante ela se situe numa ou noutra linha desenvolvimental. Embora cada pessoa tenda a funcionar num determinado nível dentro de uma configuração, pode, a qualquer momento, mudar para outros níveis de organização psicopatológica. É a continuidade entre as diferentes patologias que nos permite compreender o potencial de regressão/progressão de uma pessoa, dentro de uma dada configuração – anaclítica ou introjectiva (Blatt, 2008). Apesar de as pessoas apresentarem, sobretudo,

características de uma das linhas desenvolvimentais e, portanto, situarem-se dentro de uma das configurações, não significa que as duas linhas sejam estanques – os sujeitos podem apresentar características de ambas as configurações (Blatt, 2008; Blatt et al., 1982).

No presente estudo, foram realizadas Correlações de Pearson, no sentido de se verificar quais as variáveis clínicas e de auto-relato (sub-escalas do BSI) que mais se relacionam com cada uma das duas dimensões psicopatológicas, anaclítica e introjectiva, avaliadas pelas escalas de Auto-criticismo e Necessidade do QED.

Em primeiro lugar verificou-se quais as escalas do BSI que se correlacionam significativamente com o Auto-criticismo e com a Necessidade; posteriormente, foram calculadas as correlações entre Auto-Criticismo e Necessidade e os diferentes correlatos clínicos. Por fim, foram realizadas duas análises de regressão linear, tendo-se como variáveis independentes as sub-escalas do BSI (com correlação significativa com as escalas do QED) e como variáveis dependentes, a Necessidade e o Auto-criticismo.

A escala de Somatização correlaciona-se, como esperado, com a escala de necessidade, embora esta correlação deixe de ser significativa após a correcção de Bonferroni. Também a escala de Ansiedade Fóbica se correlaciona, como esperado, com a necessidade. A somatização consiste num mal-estar provocado por uma percepção alterada do funcionamento somático, enquanto a ansiedade fóbica pode caracterizar-se pela manifestação disruptiva de comportamentos fóbicos. De facto, segundo Blatt, por um lado, os sujeitos dependentes manifestam um estilo de vinculação ansioso, por outro lado, tendem a ser pouco reflexivos quanto às suas experiências afectivas, expressando muitas vezes a sua psicopatologia através de queixas somáticas (Campos, 2000b; Desmet et al., 2006).

Segundo os resultados, a hostilidade é a característica que melhor define a configuração introjectiva. Os sujeitos auto-críticos, além de serem tendencialmente reservados e hostis nos seus relacionamentos interpessoais, apresentam uma ideação paranóide caracterizada pela excessiva preocupação em manter um *self* diferenciado e intacto, separado e diferente dos outros (Blatt, 2008). Note-se que apenas a hostilidade se constitui como preditora quando se verificam os resultados na análise de regressão linear múltipla, pelo que, certamente, se pode considerar como tendo um papel fundamental no funcionamento dos sujeitos da configuração introjectiva. A

escala de ideação paranóide também se relaciona de forma significativa com o auto-criticismo.

De facto, os sujeitos auto-críticos tendem a isolar-se e as suas relações interpessoais são, geralmente, marcadas por conflitos (Campos et al., 2011). Zuroff (1994) verificou que o auto-criticismo se correlaciona negativamente com a amabilidade, uma vez que se trata de uma dimensão da personalidade relacionada com o interesse e com a qualidade das relações interpessoais. Ao contrário do auto-criticismo, a dependência relaciona-se muito com a amabilidade devido à necessidade dos sujeitos dependentes em manter relações satisfatórias e gratificantes. Já os indivíduos auto-críticos não se preocupam em alimentar relações interpessoais, pelo contrário, afastam-se delas e, muitas vezes, apresentam um perfil conflituoso.

De referir que os nossos resultados encontrados nas análises de regressão linear múltipla poderão dever-se ao facto de, na realidade clínica, assistirmos a um funcionamento dinâmico e integrado das características psicopatológicas, pelo que as escalas do BSI, ao apresentarem correlações tão elevadas entre si, quando consideradas em conjunto anulam o efeito umas das outras, e acabam por não contribuir para predizer nem o auto-criticismo nem a necessidade. De facto, verifica-se que as escalas do BSI não funcionam como preditoras, excepto a escala de Hostilidade, no caso do Auto-criticismo.

As sub-escalas de Depressão, Sensibilidade Interpessoal e Psicoticismo correlacionam-se com ambas as escalas, necessidade e auto-criticismo, de forma congruente com as hipóteses. Blatt (2008) sugere que, embora a Depressão se possa caracterizar, de uma forma geral, segundo os sintomas clínicos típicos, é possível distinguir dois tipos de manifestações depressivas – por um lado, em sujeitos extremamente dependentes, por outro lado, em sujeitos muito auto-críticos. Enquanto a depressão anaclítica se caracteriza por um padrão de dependência, sentimentos de tristeza, vazio, solidão, abandono e por uma busca desesperada de relações interpessoais gratificantes, a depressão introjectiva é caracterizada por experiências de culpa, auto-criticismo, medo de perda do amor do objecto, sentimentos de desvalorização, insatisfação, vergonha e culpa (Blatt, 2008; Blatt et al., 1976; Luthar & Blatt, 1993; Vettese & Mongrain, 2000; Viglione et al., 1990). Vários estudos têm demonstrado que os pacientes com depressão *major* manifestam características de ambas as configurações mas, expressam-nas de forma qualitativamente diferente conforme enfatizam mais uma ou outra configuração (Viglione et al., 1995). Tanto o auto-criticismo como a dependência são preditores de sintomas depressivos mas, a

gravidade da depressão parece estar mais relacionada com o auto-criticismo do que com a dependência (Blatt & Zuroff, 1992; Luyten et al., 2007).

A sensibilidade interpessoal pode também expressar-se, de formas diferentes, tanto nas patologias da dimensão anaclítica, como da dimensão introjectiva. De uma forma geral, esta dimensão caracteriza-se por uma certa auto-depreciação, desconforto e timidez nas relações interpessoais: sujeitos dependentes apresentam uma grande vulnerabilidade a sentimentos de desamparo e medo de perder o objecto de amor - a possibilidade de perda é uma expectativa que caracteriza todas as interacções sociais destes sujeitos (Shahar et al., 2004); os indivíduos autocríticos poderão manifestar a sua sensibilidade interpessoal através do desconforto que sentem nas relações interpessoais, reflexo de sentimentos de vergonha, inferioridade, culpa, inadequação, inutilidade e sensibilidade às críticas de outros.

Também as características psicóticas podem aparecer nas configurações anaclítica e introjectiva. O psicoticismo, enquanto escala do BSI, avalia um continuum, desde um perfil esquizóide a sintomas característicos de quadros psicóticos: sujeitos anaclíticos poderão manifestar uma grave dificuldade em estabelecer limites diferenciados entre o *self* e o outro, enquanto os sujeitos introjectivos, na tentativa exagerada de criar um *self* distinto, podem revelar grandes distorções da realidade, características da psicose (Blatt, 2008).

Apenas as escalas de Obsessões-Compulsões e Ansiedade apresentam correlações com as escalas do QED que não apoiam as hipóteses – era esperado que Obsessões-Compulsões apresentasse uma correlação significativa apenas com Auto-criticismo e que Ansiedade apresentasse uma correlação com Necessidade, superior a Auto-criticismo. Contudo verifica-se uma correlação elevada tanto entre Obsessões-Compulsões e Auto-Criticismo, como entre Obsessões-Compulsões e Necessidade e, uma correlação significativa apenas entre Ansiedade e Auto-Criticismo ($p < .005$). É certo que, apesar de a Ansiedade ser uma característica mais explícita nos sujeitos dependentes, não deixa de ser uma característica típica dos sujeitos introjectivos: a rigidez, as preocupações excessivas com o *self* e com o desempenho, o medo de não obter reconhecimento e aceitação, são factores que poderão contribuir para uma elevação dos níveis de ansiedade. Já os resultados encontrados para a escala de Obsessões-Compulsões não são fáceis de explicar pela teoria de Blatt, porém, talvez possamos encontrar características obsessivas também nos sujeitos dependentes, expressas, por exemplo, numa procura cíclica, intensiva e obstinada de substitutos

com potencial para suprimir as suas necessidades de contacto físico e emocional e em rumações sobre a perda e o desamparo.

Como se pode verificar, apesar da dimensão introjectiva se correlacionar com mais características psicopatológicas, ela partilha quatro delas com a dimensão anaclítica (Obsessões-Compulsões, Depressão, Sensibilidade Interpessoal e Psicoticismo). Assim, os resultados indicam que as dimensões anaclítica e introjectiva podem constituir-se ou associar-se a formas graves de patologia mental que apresentam muitos aspectos ou características psicopatológicas em comum. Dado o elevado número de correlações com ambas as escalas do QED, estas duas configurações poderão apresentar uma menor especificidade do que a teoria sugere.

No entanto, Blatt (2008) afirma que é possível encontrar pacientes mistos, i.é, sujeitos que manifestam características de ambas as configurações: por exemplo, experiências de perda/ abandono, sentimentos de culpa, fobias e características obsessivas. Este predomínio de ambas as configurações parece ser típico dos casos mais graves de psicopatologia (Shahar, Blatt & Ford, 2003). Blatt, refere ainda que, por vezes, os sujeitos ocultam o seu verdadeiro estilo de personalidade (anaclítico e introjectivo), tornando-se difícil ter a certeza sobre qual a configuração inerente a um determinado sujeito – de facto, alguém que coloca um ênfase excessivo em características introjectivas, como a autonomia e a independência, pode estar apenas a defender-se de desejos interpessoais intensos. Este apontamento teórico, pode explicar, em parte, alguma falta de discriminação nos padrões de correlação com as escalas do QED no nosso estudo.

De facto, o Auto-criticismo, quando comparado com a Necessidade, poderá caracterizar uma dimensão mais grave de patologia ou, pelo menos, ser aquela que se associa com uma maior diversidade de sintomas psicopatológicos. Note-se também que a única correlação significativa encontrada nos correlatos clínicos é entre a “existência de tentativas de suicídio” e o Auto-criticismo ($p < .05$). Este resultado corrobora a ideia de Blatt de que, as formas introjectivas de patologia são aquelas que apresentam consequências mais graves e que os sujeitos introjectivos podem desenvolver sentimentos (como a raiva, culpa e auto-crítica) que levam à auto-destruição. De facto, os sujeitos auto-críticos estabelecem objectivos irrealistas, reagem negativamente a qualquer percepção de falha pessoal e são muito vulneráveis à forma como os outros reagem a essas falhas, alcançando uma activação emocional que tanto pode atingir os outros como eles próprios (Blatt, 2008; Dunkley & Blankstein,

2000). As restantes variáveis clínicas (além da “existência de tentativas de suicídio”), inclusivamente, diagnósticos e indicadores da gravidade da doença, não apresentaram correlações significativas com Auto-Criticismo e Necessidade. É difícil encontrar uma justificação para estes resultados que, apenas poderão ser esclarecidos em estudos futuros.

Para terminar, é importante referir que, ao interpretarmos os resultados, devemos ter em conta a forma como o próprio estudo foi realizado e as suas limitações. Em primeiro lugar, estas limitações poderão estar relacionadas com o facto de se tratar de um estudo transversal. Neste tipo de estudos, a avaliação é feita num único momento, onde são aplicados, a cada sujeito, vários instrumentos, de forma sequencial, sem qualquer intervalo de tempo entre eles. De facto, as elevadas correlações encontradas entre as escalas do BSI e do QED, poderão relacionar-se com este tipo de metodologia utilizada. Possivelmente, se se tratasse de um estudo longitudinal, no qual as aplicações dos dois questionários fossem realizadas em dois momentos diferentes, os resultados poderiam ser algo diferentes. Além disto, a natureza da própria amostra poderá constituir também uma limitação deste estudo: a sua dimensão, de apenas 50 sujeitos; o nível educacional baixo de alguns participantes que constituem a amostra; e finalmente, a desproporção do número de sujeitos do sexo masculino relativamente ao número de sujeitos do sexo feminino.

CONCLUSÕES

Tentámos contribuir para a compreensão do fenómeno psicopatológico, partindo dos pressupostos da Teoria de Blatt sobre o Desenvolvimento da Personalidade e a Psicopatologia. Foi realizado um estudo exploratório em doentes psiquiátricos adultos, no sentido de verificar até que ponto é possível organizar diversas características da patologia mental em duas configurações primárias que reflectem perturbação em duas tarefas primárias de desenvolvimento psicológico – criar relações interpessoais de proximidade e construir um *self* distinto e independente. A organização de diferentes características psicopatológicas em duas configurações definidas com base em pressupostos psicodinâmicos e desenvolvimentais, pode ser uma mais-valia para a compreensão do funcionamento psicológico perturbado, permitindo ainda planear, antecipadamente, estratégias de intervenção eficazes conforme a linha de desenvolvimento que o sujeito privilegia e respectivos padrões de manifestação patológica.

Inicialmente, Blatt postulava uma distinção entre dois tipos de depressão com base nas experiências subjectivas mais relevantes para os sujeitos mas, ao longo do tempo, vários estudos têm demonstrado que esta distinção entre duas dimensões primárias, anaclítica e introjectiva, pode ser não só aplicável à depressão mas, também a outras patologias. O presente trabalho assentou na formulação de que a psicopatologia pode ser vista de uma forma dinâmica, na qual a compreensão do funcionamento psicológico interno dos sujeitos se sobrepõe a uma descrição simplificada de sintomas. De facto, a distinção entre indivíduos predominantemente anaclíticos e introjectivos proporciona uma base teórica que não só facilita o postular de um *continuum* no desenvolvimento da personalidade como também permite a compreensão da variabilidade entre a personalidade normal e patológica, e do dinamismo que existe entre as várias manifestações psicopatológicas.

Verificámos diferenças quanto às manifestações psicopatológicas típicas dos sujeitos anaclíticos e introjectivos, tendo sido possível constatar também que certas características são comuns a ambas as configurações, embora possam tender a manifestar-se de forma qualitativamente diferente, conforme eles se situem numa ou noutra linha desenvolvimental. Contudo, não devemos esquecer que é possível a coexistência de características psicopatológicas típicas de cada uma das configurações num mesmo sujeito; aliás este facto poderá ser característico dos casos mais graves de patologia mental segundo Blatt – que são os casos de pacientes

mistos. No nosso estudo, os resultados demonstraram que manifestações de depressão, obsessividade, sensibilidade interpessoal e de psicoticismo, podem surgir tanto em sujeitos que funcionam na linha desenvolvimental anaclítica como introjectiva. Assim, ponderamos a possibilidade de as duas configurações não serem tão específicas quanto sugere o modelo de Blatt, apresentando mais características psicopatológicas em comum do que é teoricamente definido.

Já as manifestações somáticas e fóbicas parecem ser características predominantes em pessoas com um padrão de dependência excessiva, enquanto um perfil de hostilidade, ansioso e/ou paranóide se enquadra melhor em sujeitos essencialmente auto-críticos. Os resultados mostram também que a hostilidade é a característica que melhor permite caracterizar a configuração introjectiva.

Os resultados encontrados parecem ainda indicar que os sujeitos introjectivos tendem a apresentar um espectro mais alargado de características psicopatológicas e uma maior prevalência de tentativas de suicídio. De facto, a configuração introjectiva poderá identificar um grupo mais grave de doentes psiquiátricos ou, pelo menos, com um maior nível de suicidalidade.

Os dados obtidos precisam de ser melhor explorados e testados empiricamente, em estudos futuros, com outras amostras clínicas mais extensas e equilibradas no que respeita ao número de sujeitos do sexo feminino e do sexo masculino.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1980). The psychological organization of depression. *American journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.
- Auerbach, J. & Blatt, S. (1996). Self-representation in severe psychopathology: The role of reflexive self-awareness. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 297-341.
- Bartelstone, J. & Trull, T. (1995). Personality, life events, and depression. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), 279-294.
- Beck, A. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Besser, A. & Priel, B. (2003). A Multisource Approach to Self-Critical Vulnerability to Depression: The Moderating Role of Attachment. *Journal of Personality*, 71 (4), 516-556.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical, and Research Perspectives*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. (2006). A Fundamental Polarity in Psychoanalysis: Implications for Personality Development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 494-520.
- Blatt, S. (2008). *Polarities of Experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S.; Auerbach, J. & Levy, K. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 4, 351-374.

- Blatt, S.; Besser, A. & Ford, R. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1561-1567.
- Blatt, S. & Blass, R. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of psychological development. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. & Blass, R. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of Personality Development. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and Vulnerabilities in Close Relationships* (pp. 309-338). New Jersey: Erlbaum.
- Blatt, S.; Cornell, C. & Eshkol, E. (1993). Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13, 421-450.
- Blatt, S.; D'Afflitti, J. & Quinlan, D. (1976). Experiences of Depression in Normal Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (4), 383-389.
- Blatt, S., D'Afflitti, J. & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished Manual. New Haven: Yale University.
- Blatt, S. & Ford, R. (1994). *Therapeutic change: An object relations perspective*. New York: Plenum Press.
- Blatt, S. & Levy, K. (1998). A Psychodynamic Approach to the Diagnosis of Psychopathology. In J. Barro (Ed.), *Making Diagnosis Meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). New York: APA.
- Blatt, S. & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 793-814.
- Blatt, S.; Quinlan, D.; Chevron, E.; McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and Self-Criticism: Psychological Dimensions of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (1), 113-124.
- Blatt, S. & Shahar, G. (2005). A dialectic model of personality development and psychopathology: Recent contributions to understanding and treating depression. In J. Corveleyn, P. Luyte, & S. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 137-162). Leuven: University of Leuven Press.

- Blatt, S. & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6 (2), 187-254.
- Blatt, S.; Zohar, A.; Quinlan, D.; Zuroff, D. & Mongrain, M. (1995). Subscales within the Dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2), 319-339.
- Blatt, S. & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definiton: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S.; Zuroff, D.; Hawley, L. & Auerbach, J. (2010). The impact of the two-configurations model of personality development and psychopathology on psychotherapy research: Rejoinder to Beutler and Wolf. *Psychotherapy Research*, 20 (1), 65-70.
- Bornstein, R. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112, 3–23.
- Bornstein, R. & Cecero, J. (2000). Deconstructing dependency in a five-factor world: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 74, 324-343.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression (Vol.3)*. New York: Basic Books.
- Brewin, C.; Firth-Cozens, J.; Furnham, A. & McManus, C. (1992). Self-Criticism in Adulthood and Recalled Childhood Experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 561-6.
- Campos, R. (2000a). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 285-309.
- Campos, R. (2000b). *Análise Exploratória das manifestações de dependência e de auto-crítica enquanto estilos de personalidade no método de Rorschach*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Campos, R. (2000c). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 3(XVIII), 311-318.
- Campos, R. (2003). Síntese integrativa dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 91-99.
- Campos, R. (2009). *Manual: Questionário de Experiências Depressivas*. Évora: Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

- Campos, R. (2009). *Depressivos Somos Nós: considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, R. (2010b). Experiências Depressivas e Mecanismos de Defesa: um estudo exploratório na população geral. Universidade do Minho: *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- Campos, R.; Besser, A. & Blatt, S. (2011). The Relationships Between Defenses and Experiences of Depression: An Exploratory Study. *Psychoanalytic Psychology*, 28 (2), 196-208.
- Campos, R.; Besser, A. & Blatt, S. (no prelo). Distress Mediates the Association between Personality Predispositions and Suicidality: A Preliminary Study in a Portuguese Community Sample. *Archives of Suicide Research*.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (coord.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II). Braga: SHO-APPORT.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (coord.). *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III). Coimbra: Editora Quarteto.
- Chevron, E.; Quinlan, D. & Blatt, S. (1978). Sex role and gender differences in the experiences of depression. *Journal of abnormal Psychology*, 87(6), 680-683.
- Desmet, M.; Vanheule, S. & Verhaeghe, P. (2006). Dependency, self-criticism and the symptom specificity hypothesis in depressed clinical sample. *Social Behavior and Personality*, 34 (8), 1017-1026.
- Dunkley, D. & Blankstein, K. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713-730.
- Dunkley, D.; Blankstein, K. & Flett, G. (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23 (6), 1041-1053.
- Dunkley, D.; Blankstein, K.; Zuroff, D.; Lecce, S. & Hui, D. (2006). Self-Critical and Personal Standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 40, 409-420.

- Dunkley, D.; Zuroff, D. & Blankstein, K. (2003). Specific perfectionism components vs self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665-676.
- Feldman, R., & Blatt, S. (1996). Precursors of relatedness and self-definition in mother-infant interaction. In J. Masling & R. F. Bornstein (Eds.), *Empirical studies of psychoanalytic theories: Vol. 4. Psychoanalytic perspectives on developmental psychology* (pp. 1-42). Washington: American Psychological Association.
- Franche, R. & Dobson, K. (1992). Self-Criticism and Dependency as Vulnerability Factors to Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (1), 419-435.
- Grenyer, B.; Caputi, P. & Sandquist, K. (2009). *The relation of early environmental experience to shame and self-criticism: Psychological pathways to depression*. Proceedings of the 44th APS Annual Conference, Darwin, 30 September 25th (pp. 161-166). Australia: Australian Psychological Society.
- Helgeson, V. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential exploration. *Psychological Bulletin*, 116, 412-428.
- Johnson, M. (2010). Depressive Styles, Self-Esteem Structure, and Health: A Dynamic Approach to Differential Vulnerability in Self-Criticism and Dependency. *Individual Differences Research*, 8 (1), 45-66.
- Lehman, A.; Ellis, B.; Becker, J.; Rosenfarb, I.; Devine, R.; Khan, A. & Reichler, R. (1997). Personality and depression: A validation study of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 197-210.
- Lowyck, B.; Luyten, P.; Demyttenaere, K. & Corveleyn, J. (2008). The role of romantic attachment and self-criticism and dependency for the relationship satisfaction of community adults. *The Association for Family Therapy*, 30, 78-95.
- Luyten, P.; Sabbe, B.; Blatt, S.; Meganck, S.; Jansen, B.; De Grave, C.; Maes, F. & Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586-596.
- Luthar, S. & Blatt, S. (1993). Dependent and self-critical depressive experiences among inner-city adolescents. *Journal of Personality*, 61, 365-386.
- Luthar, S. & Blatt, S. (1995). Differential vulnerability of dependency and self-criticism in disadvantaged teenagers. *Journal of Research and adolescence* 5 (4), 431-449.
- Kagitcibasi, C. (2005). Autonomy and Relatedness in cultural context: implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36 (4), 403-422.

- Klein, D. (1989). Depressive Experiences Questionnaire: a further evaluation. *Journal of Personality Assessment*, 53 (4), 703-715.
- Kuperminc, G.; Blatt, S. & Leadbeater, B. (1997). Relatedness, self-definition, and early adolescent adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 301- 320.
- McBride, C.; Zuroff, D.; Bacchioni, D. & Bagby, R. (2006). Depressive Experiences Questionnaire: does it measure maladaptive and adaptive forms of dependency? *Social Behavior and Personality*, 34 (1), 1-16.
- McCrae, E. & Bass, J. (1984). Childhood family antecedents of dependency and self-criticism: Implications for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 3-8.
- Mongrain, M. (1993). Dependency and self-criticism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences* 15, 455-462.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behaviors related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality*, 66 (2), 151-173.
- Mongrain, M. & Leather, F. (2006). Immature Dependence and Self-Criticism predict the recurrence of Major Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (6), 705-713.
- Mongrain, M. & Zuroff, D. (1995). Motivational and affective correlates of dependency and self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 18 (3), 347-354.
- Nietzel, M. & Harris, M. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.
- Quimette, P.; Klein, D.; Anderson, R.; Riso, L. & Lizardi, H. (1994). Relationship of Sociotropy/Autonomy and Dependency/Self-Criticism to *DSM-III-R* Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 723-749.
- Overholser, J. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13 (1), 17-23.
- Overholser, J. & Freiheit, S. (1994). Assessment of interpersonal dependency using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) and the Depressive Experiences Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 17 (1), 71-78.
- Pilkonis, P. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144-152.
- Quinlan, D.; Blatt, S.; Chevron, E. & Wein, S. (1992). The analysis of descriptions of parents: identification of a more differentiated factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 59 (2), 340-351.

- Rector, N.; Bagby, M.; Segal, Z.; Joffe, R. & Levitt, A. (2000). Self-Criticism and Dependency in Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy or Pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (5), 571-584.
- Reis, S. & Grenyer, B. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 445-459.
- Rude, S. & Burnham, B. (1995). Connectedness and neediness: factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 323-340.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Sadeh, A.; Rubin, S. & Berman, E. (1993). Parental and relationship representations and experiences of depression in college students. *Journal of Personality Assessment*, 60 (1), 192- 204.
- Santor, D. (2003). Proximal Effects of Dependency and Self-Criticism: Conceptual and Methodological Challenges for Depressive Vulnerability Research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32 (2), 49-67.
- Santor, D. & Zuroff, D. (1998). Controlling shared resources: Effects of dependency, self-criticism, and threats to self-worth. *Personality and Individual Differences*, 24 (2), 237-252.
- Santor, D.; Zuroff, D. & Fielding, A. (1997). Analysis and Revision of the Depressive Experiences Questionnaire: examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment* 69 (1), 145-163.
- Schulte, F.; Mongrain, M. & Flora, D. (2008). Healthy and unhealthy dependence: Implications for major depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 341-353.
- Shahar, G.; Blatt, S. & Ford, R. (2003). Mixed anaclitic-introjective psychopathology in treatment-resistant inpatients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20 (1), 84-102.
- Shahar, G.; Gallagher, E.; Blatt, S.; Kuperminc, G. & Leadbeater, B. (2004). An Interactive-Synergetic Approach to the Assessment of Personality Vulnerability to Depression: Illustration Using the Adolescent Version of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (6), 605-625.
- Sohlberg, S.; Axelsson, J.; Czartoryski, W.; Stahlberg, G. & Strömbom, Y. (2006). Sociotropy, Autonomy, and Depressive Response to an Unconscious Challenge. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (1), 85-103.

- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Sturman, E. & Mongrain, M. (2005). Self-criticism and major depression: An evolutionary perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 505-519.
- Vettese, L. & Mongrain, M. (2000). Communication about the self and partners in the relationships of dependents and self-critics. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 609-626.
- Viglione, D.; Clemmey, P. & Camenzuli, L. (1990). The Depressive Experiences Questionnaire: a critical review. *Journal of Personality Assessment*, 55 (1&2), 52-64.
- Viglione, D.; Lovette, G.; Gottlieb, R. & Friedberg, R. (1995). Depressive Experiences Questionnaire: An empirical exploration of the underlying theory. *Journal of Personality Assessment*, 65 (1), 91-99.
- Welkowitz, J.; Lish, J. & Bond, R. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 89-94.
- Whiffen, V. & Aube, J. (1999). Personality, interpersonal context and depression in couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16 (3), 369-383.
- Zuroff, D. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 63 (3), 453-472.
- Zuroff, D. & Fitzpatrick, D. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18 (2), 253-265.
- Zuroff, D.; Igreja, I. & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (3), 315-326.
- Zuroff, D. & Lorimier, S. (1989). Ideal and Actual Romantic Partners of Women Varying in Dependency and Self-Criticism. *Journal of Personality*, 57, 825-846.
- Zuroff, D.; Moskowitz, D.; Wielgus, M.; Powers, T. & Franko D. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226-241.
- Zuroff, D.; Quinlan, D. & Blatt, S. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 65-72.

ANEXOS

Anexo A

QED[®]

Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan (1976, 1979)

Versão portuguesa de Rui C. Campos (2000)

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

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

[®] Copyright: Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan, 1979

[®] Copyright da versão portuguesa: Rui C. Campos, 2009

Anexo B

BSI

I.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C

FICHA DE ANAMNESE E DADOS CLÍNICOS

Número: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Académicas: _____

Profissão: _____

Diagnóstico: _____

Idade do início da perturbação actual: _____

Número de internamentos: _____

Número de psico-fármacos tomados actualmente: _____

Frequência da consulta de psiquiatria: _____

Acompanhamento psicológico: _____

Número de tentativas de suicídio: _____

Número de surtos psicóticos: _____

Doenças psiquiátricas na família: _____

Anexo D

Ex.mo(a) Senhor(a) Director(a)

Sou mestrando do curso de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora e, no âmbito da realização da minha Tese de Mestrado, é fulcral a realização de um estudo sobre características clínicas e da personalidade em doentes psiquiátricos. Para isso, é necessário proceder à aplicação de uma bateria de instrumentos de avaliação psicológica a, pelo menos, sessenta pacientes externos de psiquiatria. A participação dos utentes no estudo é confidencial, sendo apenas necessário ter acesso aos processos clínicos, para que se possa caracterizar adequadamente a amostra da investigação.

Na selecção dos sujeitos serão considerados os seguintes critérios de exclusão: idade inferior a 19 anos ou superior a 65 anos; escolaridade inferior a 6 anos (excepto se o sujeito apresentar competência na compreensão da linguagem oral e/ou escrita mas, no mínimo com o 4^a ano); evidência de síndrome orgânica; evidência de risco marcado de suicídio; confusão/ desorientação mental ou estado psicótico/ delirante agudo no presente momento.

Desta forma, venho por este meio pedir autorização para poder aplicar os questionários, junto dos pacientes psiquiátricos, nos dias de realização das consultas externas.

Agradeço desde já a atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Anexo E

Ficha de Consentimento Informado

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

Atente sobre os três pontos seguintes:

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

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

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

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

_____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do(a) investigador(a))

(Assinatura do(a) participante)