

**Comunicação Apresentada no II Fórum Internacional de Psicologia Clínica  
e Psicoterapias dinâmicas: Desafios actuais,  
Lisboa, 9 e 10 de Fevereiro.**

**Depressão, personalidade e dimensionalidade do fenómeno depressivo**

Rui C. Campos

(Assistente do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora e Psicólogo  
Clínico - e-mail: rcampos@uevora.pt)

RESUMO

Neste trabalho começamos por discutir as diversas formas de entender a relação entre personalidade e depressão. Salientamos depois que a conceptualização de uma relação estreita entre estes dois constructos remete invariavelmente para a continuidade ou dimensionalidade do fenómeno depressivo, para os modelos dimensionais da depressão e para as diversas críticas que se podem colocar relativamente à lógica categorial de classificação das síndromas depressivas. Finalmente sublinhamos que o debate sobre a questão da continuidade, e por conseguinte da lógica dimensional de classificação da depressão, não é uma discussão meramente académica. É igualmente relevante para outras formas de psicopatologia, como por exemplo, a ansiedade. A questão da continuidade ou dimensionalidade da depressão é apenas um aspecto específico de um debate mais vasto sobre qual é a melhor estrutura para representar a psicopatologia e qual é a relação desta com a personalidade dita normal. Será que as diferentes patologias podem ser entendidas como situando-se nos extremos de diferentes contínuos ou espectros com a personalidade normal? A discussão em torno da continuidade tem também importância para a intervenção terapêutica.

A compreensão da patologia depressiva tem uma importância única. A depressão é um paradigma da psicopatologia porque a sua compreensão serve para outras formas de patologia; é um modelo universal da perda e do sofrimento afectivo e, citando de memória Coimbra de Matos, *não há patologia mental sem perda afectiva*. A depressão é fundamentalmente uma doença psíquica, que afecta o funcionamento psíquico, independentemente de se considerar um peso maior ou menor de causas biológicas e de outros factores. Assim, para compreender a depressão, não tanto do ponto de vista dos seus sintomas, mas do ponto de vista do funcionamento interno, é incontornável tentar compreender como se articula com a personalidade.

A literatura existente que relaciona personalidade e depressão é muito vasta. Esta relação foi descrita por autores de diferentes escolas ao longo do século XX. É uma questão controversa em que nem sempre existe consenso (González & Jiménez, 1999). Encontramos na literatura vários modelos teóricos ou enfoques possíveis sobre a natureza da relação entre personalidade e depressão em particular, mas também, genericamente, sobre a própria relação entre personalidade e psicopatologia. Pensamos que se pode sintetizar e falar fundamentalmente em três grandes tipos de relação entre personalidade e depressão ou entre personalidade e psicopatologia: patoplásticas, etiológicas e de espectro. Na prática pensamos que é bastante difícil distinguir claramente entre si os três tipos de modelos.

Vejamos: os modelos patoplásticos assumem que personalidade e depressão são etiologicamente diferentes, mas que se verificam interacções entre as suas características, influenciando cada uma a apresentação sintomática da outra. A personalidade pode colorir a forma como o afecto depressivo é expresso e experienciado, pode colorir ou moldar a expressão sintomática da depressão (Klein, Wonderlich & Shea., 1993; Millon, 1996). Por exemplo, e de acordo com um modelo patoplástico, a depressão que é experimentada por um tipo sociotrópico será caracterizada provavelmente por sentimentos de perda, privação e solidão, enquanto a depressão expressa por um introjectivo será provavelmente caracterizada por sentimentos de fracasso, culpa e auto-desvalorização. Um outro exemplo, de acordo com este tipo de modelo, é o de que um traço de extroversão parece associar-se a um funcionamento social mais ajustado do sujeito quando deprimido. Dependendo dos traços pré-mórbidos, os sintomas depressivos podem servir diferentes objectivos (ganhos secundários) ou ter diferentes significados, por exemplo, conseguir o suporte dos outros.

Por outro lado, não só a personalidade pode influenciar a apresentação da depressão, como a depressão ou outras patologias, como por exemplo a esquizofrenia, podem influenciar a aparência da personalidade pré-mórbida e também a sua avaliação.

Já segundo a visão etiológica, determinadas características da personalidade tornariam o sujeito propenso a deprimir-se. Por exemplo, determinadas personalidades poderiam gerar conflitos interpessoais e criariam acontecimentos de vida negativos que favoreceriam o desenvolvimento de episódios depressivos, ou simplesmente tornariam o sujeito mais vulnerável a determinados factores psicossociais (Millon, 1996). A lógica subjacente a este tipo de modelos, etiológicos, é de que nem todas as pessoas que experienciam determinados acontecimentos de vida se deprimem, pelo que teria de haver uma qualquer susceptibilidade individual, que poderia ser, possuir determinados estilos de personalidade. É lícito considerar que a forma característica de pensar, de sentir, de se comportar e de se relacionar com os outros pode contribuir para o desenvolvimento de perturbações mentais e, também, que algumas dessas perturbações graves e crónicas podem, por seu turno, contribuir para alterações fundamentais na personalidade (Widiger, Verheul & Brink, 1999).

De um modo geral, a escola psicanalítica postula uma continuidade entre a personalidade prévia ou pré-mórbida e a personalidade presente na depressão clínica (Ludolph, Milden & Lerner, 1988). A psicopatologia manifesta seria uma acentuação e a expressão sintomática de tendências caracteriais com origem no desenvolvimento precoce. Os estados psicopatológicos teriam origem em traços duradouros, pré-existent e predisponentes, que constituiriam a personalidade pré-mórbida (Akiskal, Hirschfeld & Yerevanian, 1983). Nesta escola está normalmente subjacente uma visão etiológica, mas também a aceitação da continuidade ou dimensionalidade do fenómeno psicopatológico. Quer os traços de dependência orais, quer os traços de carácter anais são vistos como predisponentes a episódios de depressão (Klein et al., 1993).

O trabalho de Blatt e colegas (1990, 2004; Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt & Zuroff, 1992) conceptualizou e apresentou evidências empíricas no sentido de uma vulnerabilidade dos estilos dependente e também auto-crítico da personalidade ao afecto depressivo. Mais especificamente, haveria uma relação entre características dependentes da personalidade e uma ocorrência de episódios depressivos com características anaclíticas, sobretudo no seguimento de perturbações na esfera interpessoal. Por outro lado, os indivíduos com personalidades auto-críticas apresentariam vulnerabilidade para desenvolver depressões introjectivas, em resposta a

factores perturbadores da auto-estima e realização pessoal. Distingões semelhantes a esta de Blatt e colegas ocorrem também em modelos de outras tradições como o de Bowlby (1980), o de Arietti e Bemporad (1980) e o de Beck (1983).

Mas alguns autores (e. g. Widiger et al., 1999) consideram que o contributo da personalidade para a ocorrência de patologia não é, nem certo, nem específico. Vejamos o caso da dependência: muitos dependentes não desenvolvem depressões, muitas depressões não aparecem em sujeitos dependentes e muitas depressões que ocorrem em pessoas com traços de dependência não se devem primariamente a esses traços. A patologia, segundo alguns, é sempre multi-factorial e interactiva ao longo do tempo, sendo que os traços desadaptativos são apenas um contributo para essa patologia, não sendo factores de vulnerabilidade específicos.

Finalmente, de acordo com um modelo de espectro, o 3º tipo de modelos que referimos inicialmente, assume-se que a personalidade e a depressão estão relacionadas e são diferentes manifestações ou fases do mesmo processo mórbido subjacente. Geralmente, os dois conceitos estão relacionados no tempo; um é um estágio precoce ou sub-clínico do outro, ou partilham traços clínicos mas diferem na gravidade ou tipo de disfunção causada. Assim, uma das condições seria realmente uma manifestação ou variante da outra, e não uma perturbação diferente que cria vulnerabilidade. O espectro é geralmente um contínuo de gravidade. De acordo com esta lógica, uma perturbação ou estilo de personalidade pode ser considerada um estágio precoce ou uma manifestação atenuada de um dado processo mórbido (Klein et al., 1993).

Na realidade, falar de relações etiológicas, ou mesmo patoplásticas, pode ser enganador porque, por exemplo, muitas das perturbações da personalidade podem simplesmente ser variações extremas e desadaptativas dos traços de personalidade normais e podem também ser variantes caracteriais de diversas perturbações sindrômicas. Ou seja, podem existir relações de espectro (Klein et al., 1993). Por exemplo, "...a personalidade *borderline* pode representar simplesmente uma variação extrema do neuroticismo, enquanto que a personalidade esquizóide pode representar simplesmente uma variação extrema da introversão" (Widiger et al., 1999, p. 351).

Para além de se postular uma relação de espectro entre as características normais da personalidade e as perturbações do eixo II do DSM, pode também postular-se uma relação de espectro entre as perturbações da personalidade e as perturbações do eixo I (Widiger et al., 1999). Por exemplo a perturbação esquizotípica da personalidade pode constituir um factor 'prévio' ou 'inicial' no processo patogénico de desenvolvimento da

esquizofrenia. As características da personalidade esquizotípica são quase idênticas às da fase prodrómica da esquizofrenia. Este tipo de relação de espectro pode ocorrer para vários pares de perturbações eixo II / eixo I do DSM-IV (Siever & Davis, 1991), por exemplo, para o par perturbação evitante da personalidade e fobia social. O mesmo pode acontecer com a depressão. A depressão que se segue a uma história de afectividade negativa pode simplesmente representar uma fase diferente de uma perturbação do humor crónica (a chamada *depressão dupla*) e pode não estar em causa a contribuição de traços de personalidade como predisposição para o aparecimento do episódio afectivo (Clark, Watson & Mineka, 1994).

Mas pensar a articulação entre personalidade e depressão e conceptualizar uma relação estreita entre estes dois conceitos é invariavelmente pensar na questão da continuidade ou dimensionalidade do fenómeno depressivo e nos diversos modelos dimensionais da patologia depressiva, e, ao mesmo tempo, e, necessariamente, pensar nas dificuldades que os sistemas categoriais apresentam no diagnóstico da depressão. De facto, os modelos dimensionais têm subjacente a ideia da existência de uma relação muito próxima entre personalidade e psicopatologia em geral, ou entre personalidade e depressão em particular. Apresentam-se mesmo como uma possibilidade muito interessante de relacionar estes dois conceitos e permitem resolver muitas das dificuldades ligadas a uma visão categorial da psicopatologia.

Os modelos dimensionais consideram a psicopatologia, nomeadamente a depressão, não como um conjunto bem definido de entidades diagnósticas com fronteiras delimitadas, mas como variações quantitativas extremas num contínuo de gravidade com a personalidade normal. Pensamos que esta ideia de contínuo permite uma conceptualização, avaliação e intervenção na psicopatologia mais abrangente. Toda a complexidade da articulação entre personalidade e depressão se simplifica se adoptarmos a perspectiva que defende uma variação contínua entre normal e patológico. De facto, o debate da questão da continuidade permanece um dos tópicos de maior interesse na literatura sobre a depressão (Flett, Vredenburg & Krames 1997). A questão da continuidade pode ser resumida da seguinte forma: será que os graus ligeiros a moderados de depressão diferem quantitativamente, em termos de grau, ou qualitativamente, quando comparados com a *depressão major*?

Em boa verdade, o interesse nesta questão da continuidade deveu-se em grande parte ao facto de muitos colocarem diversas críticas a uma visão categorial da psicopatologia e aos sistemas de classificação tipo DSM, críticas como: a evidente

negligência de uma teoria compreensiva que possa estar por detrás desta classificação, a negligência da validade de constructo das categorias propostas, de se verificar uma preocupação excessiva com a precisão inter-avaliadores, em detrimento da validade, o facto de uma abordagem dimensional ser provavelmente mais adequada do que uma abordagem categorial, a questão da arbitrariedade dos pontos de corte para que os diagnósticos possam ser atribuídos e ainda a questão da co-morbilidade, especialmente no caso das perturbações do eixo II.

Finalmente, e sem sermos intencionalmente exaustivos, acresce ainda um aspecto central, que é o facto dos sistemas tipo DSM se centram nos sintomas manifestos, perspectiva extremamente redutora. A polimorfia dos sintomas, como refere Coimbra de Matos (2002), dificulta o diagnóstico nosográfico e a sua polissemia dificulta o diagnóstico etiopatogénico e desde logo prejudica a intervenção terapêutica. Mais do que o número de sintomas, e uma fixação em pontos de corte e critérios de diagnóstico, será importante considerar o significado dos sintomas na história do paciente, como nos ensinou Freud, o seu grau de intensidade e cronicidade, o mesmo é dizer o sofrimento que causam ao sujeito, as defesas psíquicas, os recursos internos e o estilo de relação. Estes aspectos serão muito mais relevantes para a intervenção terapêutica, obviamente se pensarmos que a melhoria do funcionamento geral e interpessoal implica mais do que uma focalização nos sintomas mais óbvios, e se pensarmos como objectivo para a intervenção, mais do que a simples redução dos sintomas.

Mas para além das críticas gerais que se podem fazer ao DSM e a aos modelos categoriais da classificação em psicopatologia, existem críticas específicas relativas ao diagnóstico da depressão que importa ainda sumariar: a primeira tem a ver com a dificuldade em classificar e diferenciar uma personalidade depressiva e a presença de características depressivas crónicas, duradouras, tipo traço, a segunda, com a elevada co-morbilidade nos indivíduos deprimidos, e a terceira, com a dificuldade em distinguir ansiedade de depressão (Jones, 1998).

Quanto ao primeiro ponto, podemos questionar-nos se será verdadeiramente possível diferenciar traços depressivos de sintomas depressivos que se tornaram crónicos, ou, o mesmo é dizer, diferenciar uma personalidade depressiva ou perturbação depressiva da personalidade (no modelo médico) de uma depressão crónica, por exemplo, a distímia (no modelo médico)? Acresce que a depressão, para além de apresentar uma elevada co-morbilidade com outras patologias, por exemplo e especialmente, com as perturbações da personalidade, é também muito difícil de

diferenciar da ansiedade. Será que na prática clínica encontraremos algum paciente com depressão e sem nenhuma ansiedade, ou um paciente com ansiedade e nada deprimido? Talvez seja impossível, porque ambas as síndromas / afectos têm aspectos em comum, que obviamente não são tidos em conta numa lógica categorial e médica da psicopatologia. Mas esta sobreposição é facilmente explicada por modelos de tipo dimensional, como por exemplo o modelo tripartido de Clark e Watson (1991), ou os modelos psicanalíticos, como o de Brenner (1974).

Mas muitos outros modelos dimensionais da depressão têm sido propostos por autores de diferentes escolas de pensamento, em alguns casos, precisamente, como contra-ponto à visão categorial da psicopatologia em geral e da depressão em particular. Salientamos pela sua importância, o modelo de Sidney Blatt (2004), já referido, e o de Coimbra de Matos (2001, 2002), que distinguem dois grandes paradigmas clínicos da depressão – anaclítica e introjectiva -, ainda o modelo de cariz interpessoal de Benjamin (1993, 1994) ou ainda as aplicações clínicas do modelo dos cinco factores a diferentes psicopatologias, como a depressão.

Este debate sobre a questão da continuidade ou dimensionalidade da depressão não é uma discussão meramente académica. É igualmente relevante para outras formas de psicopatologia, como por exemplo a ansiedade ou as perturbações da personalidade. Também aqui se pode colocar a questão de saber se as condições sub-clínicas e as condições diagnósticas são similares do ponto de vista qualitativo (Flett et al., 1997). A questão da continuidade ou dimensionalidade da depressão é apenas um aspecto específico de um debate mais vasto sobre qual é a melhor estrutura para representar a psicopatologia e qual é a relação desta com a personalidade dita normal. Será que as diferentes patologias podem ser entendidas como situando-se nos extremos de diferentes contínuos ou espectros com a personalidade normal?

Mas para além da importância ao nível do diagnóstico, a discussão em torno da continuidade tem importância para a implementação da intervenção terapêutica. Se se considera existir uma continuidade entre as formas sub-clínicas e clínicas de psicopatologia, nomeadamente de depressão, então os sujeitos com formas sub-clínicas da perturbação requerem o mesmo tipo de intervenção terapêutica. Só esta perspectiva decorre de um entendimento da depressão num sentido mais lato, enquanto paradigma da compreensão do funcionamento psicopatológico. E assim olhada, a depressão é esse espaço mental de sofrimento e de resposta à perda, mas também pode ser um tempo único de elaboração e crescimento psíquico.

## Bibliografia

- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., & Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 801-810.
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1365-1369.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton & J. E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (1994). The bridge is supposed to reach the clinic, not just another corner of the academy. *Psychological Inquiry*, *5*(4), 336-343.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, *12*, 527-562.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, separation and depression* (vol 3). New York: Basic Books.
- Brenner, C. (1974). Depression, anxiety and affect theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, *55*, 25-32.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316-336.
- Clark, L. A. & Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 103-116.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.



- Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121(3), 395-416.
- González, A., & Jiménez, S. (1999). Personalidad depressiva. In J. Vallejo Ruloba & C. Gastó (Eds.), *Transtornos afectivos: Ansiedad e depresión* (2ª ed.) (pp. 479-488). Madrid: Masson.
- Jones, E. E. (1998). Depression: Intervention as assessment. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 267-297). Washington, DC: American Psychological Association.
- Klein, M. H., Wonderlich, S., & Shea, M. T. (1993). Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In M. H. Klein, D. J. Kupfer & T. Shea (Eds.), *Personality and depression: A current view* (pp. 1-54). New York: Guilford Press.
- Ludolph, P. S., Milden, R. S., & Lerner, H. D. (1988). Rorschach profiles of depressives: Clinical case illustrations. In H. Lerner & P. Lerner (Eds.), *Primitive mental states and the Rorschach* (pp. 463-493). Madison: International Universities Press.
- Millon, T. (1996). *Personality and psychopathology: Building a clinical science* (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: John Wiley & Sons.
- Siever, L., & Davis, K. (1991). A psychobiologic perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Widiger, T. A., Verheul, R., & Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 347-366). New York: Guilford Press.

Comunicação Apresentada no II *II Fórum Internacional de Psicologia Clínica e Psicoterapias dinâmicas: Desafios atuais*, Lisboa, 9 e 10 de Fevereiro.