



**Ispá**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

**ENTRE O SENTIR E O SER: O PAPEL MODERADOR DOS TRAÇOS DE  
PERSONALIDADE NA RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO E A EMPATIA**

LEONOR DIONÍSIO FLORES

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF.<sup>a</sup> DOUTORA TERESA GARCÍA MARQUES

Orientador de Dissertação:

PROF.<sup>a</sup> DOUTORA TERESA GARCÍA MARQUES

PROF. DOUTOR DAVID DIAS NETO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa García Marques e do Prof. Doutor Davis Dias Neto, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

A ti avô, que não conseguirás celebrar comigo o fim  
desta etapa...

## Agradecimentos

A realização da presente dissertação representa o encerramento de uma etapa muito bonita, feliz e fundamental para o meu percurso acadêmico e pessoal. Simboliza todas as aprendizagens adquiridas ao longo dos últimos cinco anos, partilhadas com pessoas e profissionais excepcionais, que tive o privilégio de conhecer e de aprender com.

Ao longo deste caminho, vivi momentos de entusiasmo com o meu trabalho, mas também fases de desânimo, quando sentia que não avançava e que estava a falhar. Foi entre estas dualidades que aprendi a encontrar o equilíbrio.

Termino este percurso com um sentimento agridoce, mas sobretudo com uma profunda sensação de realização, pois sei que este trabalho é fruto do meu esforço, dedicação, horas de trabalho, resiliência e superação de inúmeros desafios. Este trabalho é o meu reflexo, reflexo dos que me rodeiam e das aprendizagens que carrego. É também a prova das minhas capacidades — mesmo quando tantas vezes pensei em desistir. Passei a admirar este trabalho, não por estar perfeito, longe disso, mas por ser tão meu.

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante”

(Antoine de Saint-Exupéry, 1943)

Obrigada a si, Professora Doutora Teresa García Marques, por me ter acolhido no seu seminário, pela paciência e compreensão – mesmo nas vezes em que decidi mudar de tema – e por todas aprendizagens que levo comigo. Agradeço por me guiar e desafiar neste processo, sem limitar a minha liberdade de escolha.

Obrigada a si, Professor Doutor David Dias Neto, pela oportunidade, por me estender a mão, quando mais precisei e por aceitar orientar-me quando o meu trabalho ainda era apenas uma ideia – numa fase em que nem eu sabia bem o que queria fazer dele. Agradeço por toda a disponibilidade, sugestões em momentos de incerteza e pelo acompanhamento excepcional.

A ambos, obrigada por acreditarem em mim, pela compreensão e por despertarem qualidades que tinha esquecido — e outras que ainda não sabia que possuía.

A vocês, pai e mãe, obrigada por todo o apoio, por investirem desde cedo na minha formação, pela paciência – mesmo nos meus dias mais complicados – e por estarem presentes nos momentos de maior incerteza, lembrando-me sempre de respirar. E a ti,

Francisco, que tantas vezes, sem te aperceberes, transformaste dias frustrantes em momentos leves com as tuas piadas e o teu riso. É um privilégio ser tua irmã.

À minha família, obrigada pelo amor, paciência e incentivo constantes, que me motivaram a nunca desistir e a encontrar serenidade nos momentos mais desafiantes. Obrigada por fazerem questão de acompanhar o meu percurso, mesmo à distância — senti-vos sempre comigo.

Obrigada, Rodrigo, por acreditares em mim, por me amparares e por estares presente mesmo nos dias mais difíceis. Obrigada por me incentivares nos momentos de maior desespero, por me ouvires, validares e ajudares a relativizar as minhas angústias. Mais do que namorado, foste colo, consolo e o meu melhor amigo.

Às minhas amigas do coração — Marta e Mimi — obrigada pela amizade incondicional, pela presença constante, pela paciência e por acreditarem em mim quando o fim parecia distante. Obrigada por me acolherem sempre com tanto carinho, nos bons e nos maus momentos.

A vocês, Inês, Carolina, Beatriz, Bruna e Maria, pilares essenciais no meu percurso no ISPA, obrigada pela partilha, pelas risadas, pelo apoio e pela amizade genuína. Vocês foram uma segunda casa. Vocês foram uma segunda casa. Este ano ensinou-me a importância de uma boa rede de suporte e, por isso, um obrigada especial Inês e Carolina, por me acompanharem de perto e por me fazerem sentir menos sozinha. Obrigada por me permitirem ser eu mesma e por contribuírem para o que sou hoje. Desejo-vos, a todas, um futuro repleto de conquistas e felicidade.

A todos os colegas de seminário e de curso que se disponibilizaram para ajudar, o meu sincero obrigada.

À minha psicóloga, obrigada por me amparar ao longo deste caminho, por me ajudar a encontrar o equilíbrio, a ser menos autocrítica e a desenvolver estratégias para lidar com as adversidades – estratégias que hoje consigo aplicar sozinha. Obrigada por me ajudar a encontrar a minha verdadeira essência.

Por fim, agradeço a todos os professores e colegas do curso, pelas aprendizagens partilhadas, pelos desafios e pela companhia nesta jornada de crescimento académico e pessoal.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta etapa fosse concluída com sucesso e não me deixaram desistir, cada um de vocês deixou uma marca na pessoa e na profissional que hoje me torno.

Sinto-me verdadeiramente grata por terminar este percurso mais rica em conhecimentos, experiências, aprendizagens e humanidade — e com a plena consciência da importância de uma das minhas características que mais estimo: a empatia.

O meu mais puro e verdadeiro, obrigada.

## Resumo

Embora a relação entre depressão e funcionamento interpessoal seja amplamente reconhecida, a forma como a sintomatologia depressiva e a empatia se relacionam, bem como a influência de características de personalidade, permanece pouco esclarecida. Este estudo teve como objetivo compreender de que forma a sintomatologia depressiva se relaciona com a empatia, considerando o papel dos traços de personalidade enquanto possíveis moderadores desta relação. Para tal, foi conduzido um estudo quantitativo, transversal e correlacional composto por 220 participantes da população geral. Níveis mais elevados de sintomatologia depressiva associaram-se a maior tendência para reações emocionais negativas perante o sofrimento alheio, refletindo maior desconforto pessoal. Verificaram-se igualmente associações significativas entre a depressão e os traços da personalidade, sobretudo a Afetividade Negativa e o Desligamento. Estes traços apresentaram ainda relações distintas com a empatia: uma maior Afetividade Negativa associou-se a maior preocupação e identificação emocional, embora também a um maior desconforto face ao sofrimento alheio; o Desligamento relacionou-se com uma menor capacidade de compreender a perspectiva do outro e maior desconforto perante o sofrimento do mesmo; o Antagonismo associou-se a menor preocupação e tomada de perspectiva; e a Desinibição a menor capacidade de adotar o ponto de vista alheio. As análises de moderação não evidenciaram efeitos significativos, embora uma análise exploratória tenha identificado um efeito isolado do Antagonismo na relação entre depressão e tendência para a imaginação empática. Em conjunto, os resultados sugerem que a depressão e a empatia estão associadas a padrões emocionais e interpessoais influenciados por características de personalidade estáveis.

**Palavras-chave:** Depressão; Empatia; Traços de personalidade; Afetividade negativa; Desconforto Pessoal

## **Abstract**

Although the relationship between depression and interpersonal functioning is widely recognized, the way in which depressive symptomatology and empathy are related, as well as the influence of personality characteristics, remains insufficiently understood. This study aimed to understand how depressive symptomatology relates to empathy, considering the role of personality traits as possible moderators of this relationship. To this end, a quantitative, cross-sectional, and correlational study was conducted with 220 participants from the general population. Higher levels of depressive symptomatology were associated with a greater tendency toward negative emotional reactions to others' suffering, reflecting higher personal distress. Significant associations were also found between depression and personality traits, particularly Negative Affectivity and Detachment. These traits also showed distinct relationships with empathy: higher Negative Affectivity was associated with greater concern and emotional identification, although also with greater discomfort in response to others' suffering; Detachment was related to a lower ability to understand others' perspectives and greater discomfort when faced with others' distress; Antagonism was associated with lower concern and perspective taking; and Disinhibition with a lower ability to adopt others' viewpoints. The moderation analyses did not reveal significant effects, although an exploratory analysis identified an isolated effect of Antagonism in the relationship between depression and the tendency for empathic imagination. Overall, the results suggest that depression and empathy are associated with emotional and interpersonal patterns influenced by stable personality characteristics.

**Keywords:** Depression; Empathy; Personality traits; Negative affectivity; Personal distress

## Índice

Introdução .....	15
Depressão.....	15
Impacto cognitivo, social e emocional .....	16
Empatia.....	17
Modelo predominante do estudo da empatia .....	17
Relação da empatia com a sintomatologia depressiva.....	18
Personalidade.....	20
Modelo do estudo dos traços de personalidade .....	21
Relação da personalidade com a depressão .....	22
Relação da personalidade com a empatia .....	24
O presente estudo.....	26
Método.....	28
Delineamento do estudo .....	28
Participantes.....	28
Instrumentos .....	28
Procedimento .....	31
Resultados.....	32
Caracterização da amostra .....	32
Análise psicométrica das escalas .....	33
Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) .....	33
Inventário de depressão de Beck (BDI-II).....	34
Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5) .....	34
Teste de hipóteses .....	35
Estudo da relação entre sintomatologia depressiva e empatia.....	36
Estudo da relação entre traços de personalidade e sintomatologia depressiva.....	36

Estudo da relação entre traços de personalidade e empatia.....	37
Estudo da hipótese de moderação.....	38
Discussão.....	47
Referências Bibliográficas.....	53
Anexos.....	53
Anexo A: Revisão de literatura.....	65
Anexo B: Consentimento informado.....	80
Anexo C: Tabelas de frequências e estatísticas descritivas das variáveis, Idade Género, Habilitações literárias, diagnóstico e acompanhamento.....	86
Anexo D: Análise descritiva das escalas.....	88
Anexo E: Análise da normalidade das escalas.....	90
Anexo F: Análise de fiabilidade das escalas.....	93
Anexo G: Análises fatoriais confirmatórias.....	98
Anexo H: Análises de moderação.....	101
Anexo I: Análises exploratórias de regressões lineares múltiplas.....	121

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise descritiva das escalas .....	33
Tabela 2. Correlações Coeficiente de Pearson.....	36
Tabela 3. Os Cinco Traços do Modelo Alternativo do DSM-5 .....	79
Tabela 4. Estatística descritiva da variável idade.....	86
Tabela 5. Frequência do gênero .....	86
Tabela 6. Frequência das habilitações literárias.....	86
Tabela 7. Frequência diagnóstico anterior e atual.....	87
Tabela 8. Frequência acompanhamentos .....	87
Tabela 9. Análise descritiva das dimensões do IRI.....	88
Tabela 10. Análise descritiva do BDI-II .....	88
Tabela 11. Análise descritiva do PID-5.....	89
Tabela 12. Teste da normalidade Tomada de Perspetiva.....	90
Tabela 13. Teste da normalidade Preocupação Empática .....	90
Tabela 14. Teste da normalidade Desconforto Pessoal .....	90
Tabela 15. Teste da normalidade Fantasia .....	90
Tabela 16. Teste da normalidade BDI-II.....	91
Tabela 17. Teste da normalidade Afetividade Negativa.....	91
Tabela 18. Teste da normalidade Desligamento.....	91
Tabela 19. Teste da normalidade Antagonismo .....	91
Tabela 20. Teste da normalidade Desinibição.....	92
Tabela 21. Teste da normalidade Psicoticismo .....	92
Tabela 22. Fiabilidade Tomada de Perspetiva.....	93
Tabela 23. Fiabilidade Preocupação Empática .....	93
Tabela 24. .Fiabilidade Desconforto Pessoal .....	94
Tabela 25. Fiabilidade Fantasia.....	94

Tabela 26. Fiabilidade BDI-II .....	95
Tabela 27. Fiabilidade Afetividade Negativa .....	95
Tabela 28. Fiabilidade Desligamento .....	95
Tabela 29. Fiabilidade Antagonismo.....	96
Tabela 30. Fiabilidade Desinibição .....	96
Tabela 31. Fiabilidade Psicoticismo .....	97
Tabela 32. Ajustamento do modelo IRI .....	98
Tabela 33. Ajustamento do modelo BDI-II.....	99
Tabela 34. Ajustamento do modelo PID-5.....	100
Tabela 35. Moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Tomada de Perspetiva.....	101
Tabela 36. Moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Preocupação Empática .....	102
Tabela 37. Moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e o Desconforto Pessoal.....	103
Tabela 38. Moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Fantasia.....	104
Tabela 39. Moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Tomada de Perspetiva .....	105
Tabela 40. Moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Preocupação Empática.....	106
Tabela 41 Moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e o Desconforto Pessoal. ....	107
Tabela 42. Moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Fantasia .....	108
Tabela 43. Moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Tomada de Perspetiva .....	109

Tabela 44. Moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Preocupação Empática.....	110
Tabela 45. Moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e o Desconforto Pessoal .....	111
Tabela 46. Moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Fantasia.....	112
Tabela 47. Moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Tomada de Perspetiva .....	113
Tabela 48. Moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Preocupação Empática.....	114
Tabela 49. Moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e o Desconforto Pessoal .....	115
Tabela 50. Moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Fantasia.....	116
Tabela 51. Moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Tomada de Perspetiva .....	117
Tabela 52. Moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Preocupação Empática.....	118
Tabela 53. Moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e o Desconforto Pessoal .....	119
Tabela 54. Moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e a Fantasia.....	120
Tabela 55. Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a Sintomatologia Depressiva e as dimensões da Empatia .....	121
Tabela 56. Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a Sintomatologia Depressiva e as dimensões da Personalidade .....	122
Tabela 57. Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a Tomada de Perspetiva e as dimensões da Personalidade .....	123
Tabela 58. Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a Preocupação Empática e as dimensões da Personalidade .....	124

Tabela 59. Modelo de regressão linear múltipla da relação entre o Desconforto Pessoal e as dimensões da Personalidade.....	125
Tabela 60. Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a Fantasia e as dimensões da Personalidade .....	126

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Tomada de Perspetiva .....	38
Figura 2. Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Preocupação Empática .....	39
Figura 3. Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Desconforto Pessoal.....	40
Figura 4. Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Fantasia .....	41
Figura 5. Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Tomada de Perspetiva .....	42
Figura 6. Modelo de moderação de Deligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Preocupação Empática .....	43
Figura 7. Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Desconforto Pessoal.....	44
Figura 8. Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Fantasia .....	45
Figura 9. Diagrama de Trajetórias da Análise Fatorial Confirmatória do IRI .....	98
Figura 10. Diagrama de Trajetórias da Análise Fatorial Confirmatória do BDI-II .....	99
Figura 11. Diagrama de Trajetórias da Análise Fatorial Confirmatória do PID-5.....	100

## Introdução

A compreensão da depressão e das variáveis com as quais se relaciona, revela-se fundamental para poder intervir eficazmente no equilíbrio psicológico. Vários estudos têm indicado que a depressão se encontra associada aos níveis de empatia do indivíduo e a características da personalidade. Do mesmo modo, sabe-se que estas características de se relacionam com a tendência empática, pelo que a relação entre as três variáveis tem sido igualmente abordada na literatura. Neste trabalho pretendemos compreender melhor estas relações e desenvolver um estudo que introduza os traços de personalidade do *DSM-5*, um modelo que tem em consideração o continuum patológico dos traços de personalidade. De seguida revemos cada uma das três variáveis em causa, assim como os estudos que clarificam as suas relações.

## Depressão

A tristeza constitui uma condição inerente à experiência humana, no entanto, quando intensa, persistente e acompanhada por determinadas alterações ao nível cognitivo, emocional e comportamental, pode evoluir para uma perturbação do humor. De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014, 2022)*, estas perturbações consistem em alterações no humor, caracterizadas pelo afeto negativo, humor triste, vazio ou irritável, que surgem acompanhadas por alterações emocionais, somáticas e cognitivas que, por sua vez, interferem de certo modo com o funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de vida dos indivíduos.

A depressão tem sido amplamente explicada a partir do modelo cognitivo de Beck (1967) segundo o qual indivíduos com esta perturbação apresentam estilos cognitivos negativos que enviesam o processamento de informação. Estes enviesamentos resultam da ativação de esquemas disfuncionais, congruentes com o humor, que funcionam como filtros interpretativos e distorcem a realidade. Assim, estes indivíduos tendem a focar-se excessivamente em aspetos negativos das suas experiências e a atribuir significados pessimistas a acontecimentos neutros ou ambíguos. Quando ativados por eventos stressantes, estes esquemas geram cognições negativas automáticas e repetitivas — a ruminação — que refletem crenças centrais organizadas em torno da tríade cognitiva, caracterizada por uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro. Como

consequência, as percepções e interpretações do ambiente tornam-se sistematicamente negativas, contribuindo para a manutenção e intensificação do estado depressivo (Beck, 1967, 1976).

Posteriormente, Beck (2009) destacou que estes enviesamentos se associam a uma maior reatividade a estímulos negativos e a uma menor resposta a estímulos positivos. Processos estes que se fazem acompanhar por sentimentos de inutilidade, anedonia e desesperança (APA, 2014, 2022; Beck, 1967).

### ***Impacto cognitivo, social e emocional***

As perturbações depressivas têm sido associadas a uma maior autofocalização (Mor et al., 2010), bem como a défices nos processos cognitivos (e.g., funcionamento executivo) e afetivos (e.g., reconhecimento de emoções, regulação emocional). Em termos de processamento, parece existir um enviesamento para prestar atenção e recordar preferencialmente informação negativa, bem como para favorecer interpretações negativas. Estas alterações cognitivas e emocionais, em particular as dificuldades de regulação emocional que desempenham um papel central na depressão (Collonello et al., 2024; Powell, 2018; Tully et al., 2016), podem comprometer a percepção e a interpretação adequadas de sinais sociais, contribuindo para alterações no humor e para dificuldades no funcionamento interpessoal (Cusi et al., 2011; Thoma et al., 2011).

Estes enviesamentos acarretam repercussões diretas no domínio social, como dificuldades nas relações com os outros e isolamento social, aspetos frequentemente observáveis em indivíduos com depressão e com sintomas subclínicos, refletindo limitações nas suas competências sociais (Guhn et al., 2020; Schreiter et al., 2013; Seidel et al., 2010). Considerando que estas competências dependem da integração de componentes cognitivos e afetivos, comprometem as relações interpessoais satisfatórias, nomeadamente a capacidade de compreender e de responder às emoções dos outros, aumentando a vulnerabilidade à depressão e comprometendo o bem-estar (Segrin, 2000). Neste contexto, a empatia assume particular relevância, uma vez que constitui uma competência social, essencial para o funcionamento interpessoal e pode ajudar a compreender as dificuldades relacionais associadas à sintomatologia depressiva.

## **Empatia**

A empatia constitui um conceito complexo e multifacetado, cuja definição tem variado ao longo da literatura. Trata-se de um fenómeno multidimensional e supra-ordenado, descrito como um “guarda-chuva” que abrange diversos processos, a maioria deles familiares (Batson, 2009). Pode ser concetualizada em duas dimensões principais: empatia afetiva, a capacidade de partilhar e experienciar os sentimentos dos outros, aproximando-se do estereotipo cultural de empatia (Guhn et al., 2020; Schreiter et al., 2013) e empatia cognitiva, que tem sido designada como a capacidade de reconhecer e compreender estados mentais e emocionais dos outros (Davis, 1983; Decety & Lamm, 2006).

### ***Modelo predominante do estudo da empatia***

A abordagem multidimensional da empatia proposta por Davis (1983) trata-se de uma perspetiva que concetualiza a empatia enquanto capacidade de compreender e partilhar os estados emocionais de outras pessoas, integrando componentes afetivas e cognitivas. Consiste numa competência social e interpessoal que envolve diferentes processos responsáveis pela resposta de um indivíduo às experiências emocionais de outro. Davis (1980, 1996) defende que a empatia deve ser analisada de forma diferenciada, distinguindo as capacidades cognitivas – como a tomada de perspetiva – das afetivas – como a reatividade emocional – uma vez que ambas contribuem de forma independente, mas interativa, para o funcionamento social. Deste modo, a empatia não se reduz apenas a um processo cognitivo ou afetivo isolado, mas uma resposta complexa que integra dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais.

Esta abordagem entende a empatia como tendo quatro dimensões:

A Tomada de Perspetiva que consiste na capacidade de considerar e compreender os pontos de vista dos outros, promovendo uma adaptação eficaz na resolução de problemas interpessoais (Davis 1980, 1983, 1996). Esta dimensão encontra-se associada à vertente cognitiva da empatia, a um melhor funcionamento social, maior autoestima, porém a um menor envolvimento emocional (Davis, 1983).

A Preocupação Empática, corresponde à resposta orientada para o outro, sentimentos de compaixão, afeto e preocupação pelo mesmo. Esta resposta encontra-se relacionada com a componente afetiva, à qual se associam níveis elevados de altruísmo,

compreensão, pró-socialidade e sensibilidade comportamental ao longo das interações sociais. Isto revela que respostas orientadas para os sentimentos dos outros, como a Preocupação Empática podem conduzir a resultados positivos (Davis, 1983), nomeadamente a comportamentos altruístas (Batson, 1991).

De forma oposta à Preocupação Empática, o Desconforto Pessoal refere-se a uma resposta emocional auto-orientada, caracterizada por sentimentos de ansiedade e desconforto perante a experiência negativa de outros ou em contextos interpessoais intensos. Esta dimensão integra a componente afetiva da empatia e associa-se a uma menor autoestima, a um pior funcionamento interpessoal e a uma maior vulnerabilidade emocional, podendo conduzir a respostas desadaptativas em vez de comportamentos empáticos (Davis, 1983). Indivíduos com níveis elevados de Desconforto Pessoal tendem a reagir de forma intensa a estímulos emocionais, refletindo uma maior reatividade afetiva (Batson, 2009), resultando numa resposta orientada para aliviar o próprio sofrimento e não o sofrimento do outro (Batson, 1991).

Por fim, a dimensão Fantasia corresponde à tendência para se identificar de forma imaginária com personagens fictícias. Esta dimensão reflete a capacidade e predisposição para adotar o ponto de vista emocional e psicológico de personagens fictícias, experienciando as suas emoções como se fossem próprias, tendo sido originalmente proposta como uma dimensão cognitiva da empatia. A partir destas dimensões o autor construiu um instrumento que avalia a empatia ao nível de cada uma das dimensões: o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI; Davis, 1980).

Uma vez que a empatia envolve componentes cognitivas e afetivas, tem sido considerada um dos preditores da depressão. Um grande volume de investigação tem demonstrado que a empatia afetiva e cognitiva estão ambas associadas à disfunção social na depressão (Schreier et al., 2013; Tully et al., 2016).

### ***Relação entre a empatia e a depressão***

Diversos estudos indicam que a empatia se encontra associada à depressão, sugerindo que dificuldades em compreender e responder adequadamente às emoções dos outros podem contribuir para o isolamento e o sofrimento emocional. A maioria destes aponta para alterações na dimensão afetiva, nomeadamente para níveis elevados de Desconforto Pessoal em indivíduos com sintomas depressivos, refletindo uma resposta

emocional autocentrada e desadaptativa (e.g., Colonnello et al., 2024; Cusi et al., 2011; Guhn et al., 2020; Hülsemann et al., 2025; Liu et al., 2022; Müller et al., 2024; O'Connor et al., 2002; Powell, 2018; Schreiter et al., 2013; Thoma et al., 2011; Tully et al., 2016; Zhang, 2021). Este padrão resulta do foco autodirigido e de dificuldades em regular as próprias emoções de forma construtiva, características da depressão (Schreiter et al., 2013). Assim, as respostas emocionais refletem a forma como estes indivíduos reagiriam se enfrentassem os mesmos problemas, conduzindo ao afastamento de situações sociais, de modo a evitar esta sobrecarga emocional (Batson, 2009), o que, paradoxalmente, aumenta o isolamento e reduz o acesso a experiências sociais positivas (Guhn et al., 2020; Schreiter et al., 2013).

No que respeita à Preocupação Empática, os resultados são inconsistentes. Alguns estudos indicam que esta dimensão tende a manter-se preservada, sugerindo que as dificuldades empáticas na depressão decorrem sobretudo de dificuldades de regulação e interpretação emocional, em vez de uma ausência de compaixão (Guhn et al., 2020; Hülsemann et al., 2025; Schreiter et al., 2013). Em contrapartida, outros identificam níveis reduzidos de Preocupação Empática em indivíduos deprimidos, associando-os também a dificuldades de perceção (Cusi et al., 2011) e de regulação emocional (Tully et al., 2016). No entanto, estas podem coexistir com um aumento do autofoco e do Desconforto Pessoal (Schreiter et al., 2013).

Relativamente à empatia cognitiva, os resultados variam consoante o tipo de medida utilizada. Schreiter e colaboradores (2013) não encontraram uma relação entre a Tomada de Perspetiva e a depressão em medidas de autorrelato, mas identificaram défices em tarefas objetivas, atribuídos a comprometimentos cognitivos característicos da depressão, como o viés de interpretação — em que os indivíduos deprimidos avaliam a sua capacidade empática com base nas próprias experiências emocionais — ou uma autoavaliação reduzida das suas competências sociais. De forma consistente, estudos que recorreram também a medidas de autorrelato encontraram resultados semelhantes (Cusi et al., 2011; Zhang et al., 2021). No entanto, Guhn e colaboradores (2020) não observaram qualquer associação entre a Tomada de Perspetiva e a depressão, mesmo com medidas objetivas, embora esses défices se revelem mais acentuados em casos de depressão persistente, sugerindo que a cronicidade pode agravar as dificuldades empáticas.

Por sua vez, os resultados sobre a dimensão Fantasia são pouco claros, uma vez que os estudos não encontram qualquer associação com a depressão (Li et al., 2022; Tully

et al., 2016). Schreier e colaboradores (2013) salientam que tal poderá refletir tanto uma capacidade imaginativa preservada, como uma estratégia de fuga emocional ligada à ruminação.

Alguns estudos têm procurado compreender a origem destas diferenças. Cusi e colaboradores (2011) sugerem, que as alterações empáticas podem constituir marcadores de estado, que flutuam consoante a fase depressiva, sugerindo que as dificuldades empáticas podem atenuar-se com a remissão sintomática. Esta perspetiva é apoiada pelo estudo longitudinal de Müller e colaboradores (2024) que revelou que, embora os níveis de Desconforto Pessoal se mantenham elevados ao longo do tratamento, a Preocupação Empática tende a variar conforme o estado clínico. Estes resultados indicam que nem todos os indivíduos com sintomas depressivos apresentam o mesmo perfil empático, sugerindo que mecanismos adicionais e ainda inexplorados, para além da regulação emocional, podem contribuir para essa variabilidade. De facto, alguns estudos revelam que a relação entre empatia afetiva (Desconforto Pessoal e Preocupação Empática) e cognitiva (Tomada de Perspetiva) e a depressão pode não ser linear, sendo influenciada por mecanismos de regulação emocional (Tully et al., 2016) e cognitiva (Colonnello et al., 2024; Liu et al., 2022; Powell, 2018; Thoma et al., 2011).

Entre os mecanismos inexplorados, destacam-se características como as diferenças individuais, uma vez que representam particularidades relativamente constantes do indivíduo que influenciam a propensão para experienciar empatia (Davis, 1983). Neste sentido, a variabilidade observada pode dever-se a diferenças de personalidade, fatores disposicionais e relativamente estáveis, que moldam a forma como as pessoas experienciam, regulam as emoções (APA, 2014, 2022; Mischel, 2009; Vittengl et al., 2023) e a sua tendência para compreender e responder às emoções dos outros (Davis, 1983). Assim, a compreensão da relação entre empatia e depressão poderá beneficiar de uma análise que inclua os traços de personalidade enquanto fatores disposicionais que influenciam as dinâmicas entre as mesmas.

## **Personalidade**

A personalidade é entendida como um padrão relativamente estável de perceção, relação e pensamento acerca de si e do mundo. As dificuldades no funcionamento da personalidade e os traços patológicos podem manifestar-se de diferentes formas nos

diversos contextos pessoais e sociais (APA, 2014, 2022; Krueger & Markon, 2014). Um “traço” refere-se a diferenças individuais estáveis no comportamento ou em características observáveis de um indivíduo, constituindo um rótulo resumido para descrever essas diferenças (Mischel, 1968, 1996). Por representarem diferenças individuais, os traços de personalidade correspondem a formas relativamente estáveis de sentir, pensar, compreender e comportar-se em determinadas situações, refletindo as histórias psicossociais e biológicas dos indivíduos (APA, 2014, 2022; Mischel, 2009; Vittengl et al., 2023). Têm surgido evidências de que a personalidade funciona num continuum entre o funcionamento normal e o patológico (APA, 2014, 2022; Krueger et al., 2012).

### ***Modelo do estudo dos traços de personalidade***

Apesar da diversidade de traços e manifestações de personalidade que ocorrem no campo da patologia psicológica e que se encontram em certa medida na população em geral, existem características específicas que alguns autores têm defendido serem de elevada relevância para entender a patologia mental. Widiger e Simonsen (2005) estabeleceram uma ligação direta entre as perturbações da personalidade e o Modelo dos Cinco Grandes (*Five-Factor Model*; FFM; Costa & McCrae, 1992). Estes autores defenderam que tais perturbações poderiam ser melhor compreendidas como extremos dos traços de personalidade normal, sugerindo a integração de traços normativos e mal adaptativos. Deste modo, Krueger e colaboradores (2012) centraram-se na identificação e operacionalização de dimensões específicas de personalidade desadaptativa, que representam os extremos do FFM. Nesse sentido surgiu o Modelo Alternativo dos Traços de Personalidade (MA), proposto na Secção III do *DSM-5* (APA, 2014) e mantido na edição revista (*DSM-5-TR*; APA, 2022)

Este modelo baseia-se num sistema dimensional de traços de personalidade mal-adaptativos, organizando cinco domínios de ordem superior e respetivas facetas desadaptativas associadas a défices no funcionamento: Afetividade Negativa (experiências emocionais negativas, ansiedade, depressão, instabilidade); Desligamento (distanciamento emocional e social, anedonia, evitamento); Antagonismo (hostilidade, manipulação, grandiosidade, insensibilidade); Desinibição (impulsividade, irresponsabilidade, procura de gratificação imediata); Psicotismo (excentricidade, crenças e perceções bizarras), incluindo as facetas específicas hierarquicamente nos cinco

domínios gerais (APA, 2014, 2022; Krueger et al., 2012). Krueger e colaboradores (2012) consideraram o modelo e o respetivo instrumento, o PID-5, como uma das abordagens mais completas para caracterizar os traços de personalidade mal-adaptativos. A validação empírica subsequente reforçou a robustez do modelo e do instrumento PID-5 (Krueger et al., 2014), tornando-o numa das abordagens mais utilizadas no campo. De modo geral, as investigações apoiam a estrutura hierárquica destes traços e a convergência dos modelos que lhes são subjacentes, bem como a sua natureza contínua entre o normal e o patológico. Tal reforça a ideia de que traços patológicos constituem extremos de traços normais de personalidade (Al-Dajani et al., 2016; APA, 2014, 2022; Klein, 2011; Krueger et al., 2012, 2014; Markon et al., 2005; Morey et al., 2013; Pires et al., 2017; Pires et al., 2018a; Skodol et al., 2011). Esta continuidade teórica entre traços e sintomas reforça a pertinência de utilizar o MA dos traços de personalidade, uma vez que este conceptualiza os traços patológicos como extremos de dimensões de funcionamento normal, considerando assim variações individuais relevantes mesmo em populações comunitárias (Gonçalves et al., 2022; Pires et al., 2018b). De modo a entender melhor os cinco traços do modelo é apresentada no Anexo A, a Tabela 3.

Considerando que os traços de personalidade representam padrões relativamente estáveis de funcionamento emocional, cognitivo e interpessoal (Krueger & Markon, 2014), é expectável que estes influenciem a forma como o indivíduo experiencia e regula os seus estados afetivos. A depressão, por sua vez, não constitui uma condição homogénea, mas antes um conjunto de fenómenos clínicos e emocionais com múltiplas manifestações. Os diferentes subtipos e perfis depressivos apresentam padrões distintos de reatividade emocional, cognitiva e interpessoal (APA, 2014, 2022). Assim, determinados traços de personalidade podem contribuir para uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações do humor, nomeadamente a depressão, influenciando simultaneamente a forma como esta se expressa.

### ***Relação dos traços de personalidade com a depressão***

A investigação tem demonstrado que determinadas dimensões da personalidade podem estar relacionadas com uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão, sendo a compreensão desta relação fundamental para a identificação de fatores de risco e o desenvolvimento de intervenções clínicas mais eficazes. Diferentes modelos têm procurado explicar esta associação, destacando-se o que conceptualiza personalidade

e depressão num contínuo, em que os traços funcionam como fatores de vulnerabilidade para perturbações (Klein et al., 2011). Em conformidade com esta visão, Hopwood e colaboradores (2013) propõem que a personalidade disfuncional e a depressão partilhem uma base dimensional comum, em que a afetividade negativa atua como eixo principal (ver também Kotov et al., 2017). Diversos estudos apoiam este modelo, evidenciando associações consistentes entre a depressão e os traços do MA (Sleep et al., 2017). A depressão tem sido associada fortemente a níveis elevados de Afetividade Negativa (Hopwood et al., 2012; Klein, 2011; Sleep et al., 2017) e Desligamento, enquanto a Desinibição e o Psicoticismo evidenciaram relações mais fracas. Por fim, o Antagonismo revelou relações muito fracas com a depressão (Gonçalves et al., 2022; Vittengl et al., 2023).

Gonçalves e colaboradores (2022) analisaram também as componentes específicas integradas nas dimensões da personalidade e identificaram que apenas duas facetas da Afetividade Negativa prediziam os níveis de sintomatologia depressiva, sugerindo que estas facetas consideram variações individuais que se situam num contínuo com a sintomatologia. Estes resultados reforçam a hipótese de que os traços patológicos representam formas extremas de características normais de personalidade e que os sintomas depressivos podem ser entendidos como a manifestação da intensificação de determinados traços.

Recentemente, Vittengl e colaboradores (2023) analisaram o funcionamento interpessoal associado aos traços de personalidade, verificando que este tende a ser significativamente mais comprometido em indivíduos deprimidos. Esta disfunção incluía problemas para iniciar e manter relações sociais positivas, redução de comportamentos pró-sociais e cooperativos, menos empatia e menos comportamentos de cuidado. Esta perspetiva permite compreender de que modo as diferenças individuais nos traços de personalidade podem influenciar também a forma como o indivíduo experiencia e expressa empatia. Assim, as dificuldades empáticas e interpessoais podem constituir um ponto de intersecção entre traços de personalidade disfuncionais e a sintomatologia depressiva (Hopwood et al., 2012). Deste modo, é plausível que diferenças individuais na empatia reflitam variações mais amplas no funcionamento emocional, subjacente aos mesmos traços de personalidade associados à sintomatologia depressiva.

### ***Relação dos traços de personalidade com a empatia***

O FFM tem sido amplamente utilizado para estudar a relação entre personalidade e a sintomatologia depressiva, assim como entre personalidade e empatia (e.g., Barrio et al., 2004; Bobić et al., 2021; Guilera et al., 2019; Jourdy & Petot, 2017; Park & Lee, 2020). Embora o MA seja mais recente, a evidência sugere que grande parte dos achados associados ao FFM podem ser generalizados aos seus domínios (Sleep et al., 2017).

Os estudos que exploram a relação entre os traços do MA e a empatia são ainda limitados, no entanto apontam para associações específicas. Fossati e colaboradores (2017) observaram que a Afetividade Negativa se relaciona com défices nas dimensões da cognição social, enquanto a Desinibição, o Antagonismo e o Desligamento se associam a dificuldades na compreensão de interações complexas, na inferência de estados mentais e na adoção da perspectiva do outro. De forma semelhante Costa e colaboradores (2018) investigaram a relação entre os traços e a capacidade de reconhecer estados emocionais nos outros e verificaram que níveis mais elevados de Desligamento, Afetividade Negativa e Antagonismo se associam a dificuldades nesta capacidade, sugerindo défices na empatia cognitiva, afetando a compreensão e a sensibilidade às emoções alheias, sendo esta relação mais forte e consistente para o Antagonismo.

Investigações mais recentes como a de Hülsemann e colaboradores (2025) tem vindo a reforçar a ligação entre a empatia e os traços de personalidade, particularmente no domínio da Afetividade Negativa. Os autores demonstraram que a dimensão Desconforto Pessoal, componente da empatia afetiva, se associa positivamente à Afetividade Negativa e sintomatologia depressiva, enquanto a empatia cognitiva, especialmente a Tomada de Perspetiva do outro exerce um efeito protetor. Estes resultados reforçam a ideia de que a empatia não é um processo unidimensional, podendo refletir tanto vulnerabilidade quanto resiliência emocional, dependendo da interação entre as suas componentes afetiva e cognitiva.

Embora a maioria dos estudos evidencie associações diretas entre personalidade, empatia e depressão, a natureza exata dessas relações revela-se complexa. Alguns autores propõem que estas variáveis se relacionam de forma aditiva ou mediada, sugerindo que a empatia pode explicar parcialmente o impacto dos traços de personalidade na depressão (Strohmaier et al., 2024). Contudo, podem ser os traços de personalidade a influenciar esta dinâmica.

Segundo a perspectiva de Davis (1983), as diferentes dimensões empáticas relacionam-se de forma distinta com processos emocionais, enquanto perspectivas da personalidade (Hopwood et al., 2012) sugerem que os traços de personalidade moldam os padrões relacionais e emocionais dos indivíduos. Este enquadramento sugere que o impacto da depressão sobre o funcionamento interpessoal não é estável, mas varia em função de características individuais, como os traços de personalidade. Embora estes não determinem todos os comportamentos em todos os momentos, é plausível que determinados traços, como a Afetividade Negativa, moderem a relação entre depressão e empatia, influenciando a intensidade ou direção dessa associação. Tal evidencia a importância de considerar simultaneamente os traços estáveis de personalidade e as dinâmicas contextuais e emocionais na compreensão desta relação.

## O presente estudo

Dada a elevada prevalência das perturbações do humor, tanto na sua forma clínica como subclínica, bem como a sua reconhecida interferência no funcionamento social e nas capacidades relacionais, torna-se essencial compreender de que forma estes sintomas afetam o bem-estar psicológico e a qualidade das relações interpessoais. De facto, a depressão associa-se frequentemente a dificuldades no estabelecimento de vínculos positivos e no funcionamento interpessoal (Segrin, 2000). Deste modo, torna-se essencial aprofundar a evidência existente e investigar, numa perspetiva social e clínica, de que modo o desenvolvimento e a manifestação da perturbação, bem como a perceção e a relação que o indivíduo estabelece com os outros, são influenciados por características individuais e disposicionais, como a personalidade.

A literatura apresentada evidencia que diversos estudos têm abordado a relação entre a depressão e a empatia (e.g., Cusi et al., 2011; Guhn et al., 2020; Schreiter et al., 2013), tal como entre a depressão e os traços de personalidade (e.g., Gonçalves et al., 2022; Hopwood et al., 2013; Sleep et al., 2017; Vittengl et al., 2023). No entanto, a interação entre as três variáveis tem sido menos investigada, particularmente no que diz respeito ao papel moderador dos traços de personalidade na relação entre depressão e a empatia, à luz do Modelo Alternativo dos Traços de Personalidade do *DSM-5*. Este modelo, relativamente recente, conceptualiza a personalidade como um continuum patológico baseado nos domínios do Modelo dos Cinco Fatores e é operacionalizado através do Inventário de Personalidade para o *DSM-5* (PID-5).

Em conformidade com a investigação existente, pretende-se verificar a correlação entre a sintomatologia depressiva, a empatia e os diferentes traços de personalidade; contribuir para a evidência relativamente à correlação dos diferentes traços com a empatia, e por fim, retirar conclusões adicionais face à influência dos traços de personalidade na relação entre a sintomatologia depressiva e a empatia, para além de outras conclusões que possam advir das análises realizadas.

Deste modo, estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Existe uma associação positiva entre sintomatologia depressiva e a dimensão de empatia Desconforto Pessoal (DP).

**Hipótese 2:** Existe uma associação negativa entre sintomatologia depressiva e a dimensão de empatia Tomada de Perspetiva (TP).

**Hipótese 3:** Existem associações positivas dos traços de personalidade do Modelo Alternativo do *DSM-5* com a depressão e esta associação é mais clara para o traço Afetividade Negativa (AN) e Desligamento (DESG).

**Hipótese 4:** Existem associações dos traços de personalidade do Modelo Alternativo dos Traços de Personalidade do *DSM-5* com as dimensões de empatia.

**Hipótese 4.1:** Esta associação é mais clara e positiva entre a Afetividade Negativa (AN) e a dimensão Desconforto Pessoal (DP), e negativa entre o Desligamento (DESG) e a dimensão Tomada de Perspetiva (TP).

**Hipótese 5:** A relação entre a depressão e as diferentes dimensões da empatia é condicionada (moderada) pelos traços de personalidade Afetividade Negativa (AN) e Desligamento (DESG).

## Método

### Delineamento do estudo

O estudo não experimental tem um delineamento correlacional que acede aos traços de personalidade, níveis de sintomatologia depressiva e empatia do participante.

### Participantes

O estudo quantitativo incide sobre uma amostra comunitária, de nacionalidade portuguesa e com idade superior a 18 anos. A amostra comunitária, não aleatória por conveniência, foi recolhida através do método de bola de neve, mediante a divulgação de um questionário online. Para definir um perfil adequado à amostra pretendida para o estudo, estabeleceram-se como critérios de inclusão: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos e 2) ter nacionalidade portuguesa.

Dada a natureza e a dimensão do estudo, utilizou-se o *G\*Power* para estimar o número de participantes adequado aos efeitos pretendidos. Assumindo a utilização de uma Regressão Linear (tamanho do efeito  $f = .15$  (médio); probabilidade de erro  $\alpha = .05$ ;  $Power = .91$ ) o número de participantes estimado era menor (75) do que o sugerido pelo critério de pelo menos cinco participantes por item e por isso foi adotado este mesmo critério (e.g., Hatcher, 1994). Atendendo aos 25 itens do Inventário de Personalidade do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Perturbações Mentais 5 (PID-5 - versão breve) a dimensão de participantes deveria ser 125.

### Instrumentos

O *Índice de Reatividade Interpessoal* (IRI; Davis, 1983) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a empatia em diversas áreas, medindo a empatia cognitiva e a empatia afetiva. Foi utilizada a sua adaptação para a população portuguesa de Limpo e colaboradores (2010). De modo geral, os resultados encontrados nesta adaptação do instrumento são consistentes com os de estudos anteriores sobre a escala original, assim como com versões em outras línguas. Esta versão é constituída por 24 itens, excluindo os itens 1, 15, 18 e 10 do original, devido a diferenças socioculturais entre o contexto português e o americano. A escala é composta por 4 subescalas cada uma com 6 itens cada: Tomada de perspetiva (*Itens 2, 7, 9, 17, 21, 24*), Preocupação Empática (*Itens 1, 3,*

8, 12, 16, 18), Desconforto Pessoal (*Itens 5, 11, 14, 15, 20, 23*) e Fantasia (*Itens 4, 6, 10, 13, 19, 22*). A dimensão Tomada de Perspetiva avalia a tendência para adotar o ponto de vista dos outros em interações interpessoais; a dimensão Fantasia mede a capacidade de se identificar com personagens fictícias; a Preocupação Empática reflete sentimentos de compaixão e preocupação pelos outros; e o Sofrimento Pessoal avalia os sentimentos de desconforto e ansiedade em situações interpessoais intensas ou ao observar o sofrimento alheio (Davis, 1983, 1996). As respostas aos itens são atribuídas numa escala de 0 a 4 (0- *Não me descreve bem*; 1- *Não me descreve*, 2- *Descreve-me*, 3- *Descreve-me bem*, 4- *Descreve-me muito bem*). Alguns itens do IRI são de pontuação invertida (*Itens 2, 3, 6, 10, 11, 12, 15*), de modo que as cotações também devem ser invertidas (0 passa a 4, 3 passa a 1 e vice-versa).

O instrumento possui boas características psicométricas. A análise da consistência interna demonstrou uma boa fiabilidade das sub-escalas: Tomada de Perspetiva, Preocupação Empática, Desconforto Pessoal e Fantasia com um coeficiente alfa de Crohnbach de .74, .77, .81 e .83, respetivamente. Adicionalmente, a avaliação das características da distribuição demonstrou que os itens são sensíveis e não se afastam significativamente da distribuição normal. Por outro lado, o ajustamento do modelo realizado através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) revelou ser fraco para a população portuguesa (Limpo et al., 2010).

O ***Inventário de Depressão de Beck*** (BDI-II; Beck et al., 1996) é um instrumento traduzido e adaptado para a população portuguesa por Campos e Gonçalves (2011), que mede os níveis de sintomatologia depressiva em quatro aspetos: afetivo, cognitivo, motivacional e fisiológico, constituindo um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica, uma medida valiosa e fiável em amostras clínicas e não clínicas. Esta é uma escala de autoavaliação que consiste em 21 itens que avaliam sintomas e comportamentos, sendo estes a tristeza, pessimismo, fracassos passados, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, auto-depreciação, auto-criticismo, pensamentos e desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, sentimentos de inutilidade, perda de energia, alterações de padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse sexual. A resposta a cada um destes itens consiste numa escala entre 4 a 6 afirmações, com pontuação tipo *Likert* de 0 a 3, adaptadas a cada item, das quais o sujeito tem de dizer qual descreve melhor a forma como se sente.

Nos estudos de validação, os autores obtiveram uma consistência interna elevada ( $\alpha = .90$  numa amostra de estudantes universitários e  $\alpha = .91$  numa amostra comunitária) e uma estrutura fatorial composta por dois fatores — Cognitivo-afetivo e Somático. No presente estudo, foi utilizada a pontuação total do BDI-II, considerando o instrumento como uma medida global da sintomatologia depressiva. O modelo unifatorial é frequentemente usado, uma vez que o BDI-II foi concebido para produzir uma pontuação total representando a gravidade global da depressão (e.g., Beck, et al., 1996; Campos & Gonçalves, 2011).

O *Inventário de Personalidade do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Perturbações Mentais 5* (Krueger et al., 2012) adaptado por Pires et al., (2018a) é um instrumento para indivíduos com idade superior a 18 anos, que pretende operacionalizar o modelo de traços patológicos que subjaz o critério B do diagnóstico de perturbações da personalidade, que possibilita uma avaliação da presença e da severidade dos traços patológicos apresentados pelo modelo. A versão longa deste instrumento avalia 25 traços mal adaptativos que estão agrupados em 5 domínios de variabilidade da personalidade: Afetividade Negativa (experiência frequente e intensa de emoções negativas, como, por exemplo, ansiedade, depressão, preocupação e/ou raiva, e das suas manifestações comportamentais e interpessoais), Desligamento (evitamento de interações interpessoais, experiência afetiva limitada e anedonia), Antagonismo (comportamentos que colocam o indivíduo em conflito com os outros, como, por exemplo, exagerada valorização de si, antipatia e insensibilidade em relação aos outros), Desinibição (procura de uma gratificação imediata, que origina comportamentos impulsivos sem consideração por aprendizagens passadas ou consequências futuras) e Psicoticismo (comportamentos e cognições estranhas, excêntricas, bizarras e incongruentes com a cultura). Neste estudo será utilizada a versão breve do PID-5 adaptada para a população portuguesa, composta por apenas 25 itens que proporcionam informação sobre apenas os cinco domínios da personalidade. Como referido este instrumento é constituído por cinco dimensões da personalidade patológica em que cada dimensão integra 5 itens: Afetividade Negativa (*Itens 8,9,10,11,15*), Desligamento (*Itens 4,13,14,16,18*), Antagonismo (*Itens 17,19,20,22,25*), Desinibição (*Itens 1,2,3,5,6*) e Psicoticismo (*Itens 7,12,21,23,24*). As respostas aos itens são atribuídas numa escala tipo *Likert* de 0 a 3 (0- *Muito falso ou muitas vezes falso*; 1- *Poucas vezes verdade*, 2- *Algumas vezes verdade*, 3- *Muito verdade ou muitas vezes verdade*).

O instrumento apresenta uma confiabilidade razoável da forma breve, não sendo tão elevada como a versão longa. Os coeficientes de alfa de Cronbach de .68 para a Afetividade Negativa, 0.73 para o Desligamento, .62 para o Antagonismo, .64 para Desinibição e .75 para o Psicoticismo (Pires et al., 2018b).

Por fim, no questionário sociodemográfico foram recolhidos alguns dados sociodemográficos para caracterização e controlo da amostra. Devido à natureza do estudo, estas questões foram colocadas em último lugar, de modo a evitar ao máximo o enviesamento das respostas. Este questionário consistiu em questões como: idade, género, escolaridade, histórico psiquiátrico passado, atual e tratamento.

## **Procedimento**

O questionário foi divulgado em formato online, através de contactos e redes sociais como o Facebook, Instagram, WhatsApp e Linkdin. Inicialmente foi apresentada uma breve e clara apresentação do estudo e o respetivo consentimento informado, explicando o seu caráter voluntário e anónimo, com total proteção de dados conforme estipulado pelo código deontológico, sem benefícios nem riscos. Após a mensagem, era solicitado aos participantes que autorizassem ou não a recolha das suas respostas. Caso não autorizassem o questionário passava de imediato para o fim, sendo exibida uma mensagem de agradecimento.

Após a apresentação e obtenção do consentimento informado seguiu-se a aplicação dos questionários IRI, BDI-II e PID-5, em que os itens de cada instrumento surgiam em forma de lista, um instrumento de cada vez e por ordem aleatória, que avaliam a empatia, depressão e traços de personalidade. Após o preenchimento dos questionários, solicitou-se a resposta a algumas questões sociodemográficas e agradeceu-se a participação dos indivíduos no estudo.

Todo o processo e os dados individuais foram anónimos, confidenciais e utilizados apenas pela investigadora na finalização da tese. A recolha através de sistema com funcionamento online (Qualtrics) seguiu todos os procedimentos necessários em termos legais. Os dados foram armazenados em computador privado, sem acesso a terceiros (com password) e eliminados de acordo com os requisitos legais. Uma vez que os dados serão sempre anónimos, não havendo forma de identificar o participante, serão publicados em termos coletivos, sem identificação de dados individuais.

## Resultados

### Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão) das variáveis centrais do estudo, e a Tabela 2 as correlações de Pearson entre as mesmas.

De um modo geral, a amostra do estudo contou com a participação de 226 participantes, no entanto 3 não autorizaram a recolha e outros 3 não cumpriram os critérios de inclusão (6 omissos). Assim o estudo contou com uma amostra de 220 indivíduos de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos ( $M= 39.31$ ;  $DP= 14.97$ ), dos quais 52 (23.64%) eram do género masculino, 167 (75.91%) do género feminino e 1 (0.45%) não binário. Ao nível das habilitações literárias, 6 (2.73%) tem o 9º ano, 48 (21.82%) tem o 12º ano, 10 (4.55%) tem um curso técnico, 8 (3.64%) um bacharelato, 113 (51.36%) licenciatura, 32 (14.55%) o mestrado e 3 (1.36%) indivíduos tem um doutoramento (ver Anexo G, Tabelas 4, 5 e 6).

Dos 220 participantes 59 (26.82%) tiveram diagnóstico anterior de depressão, 22 (10%) dizem ter atualmente diagnóstico de depressão. De todos os participantes, 21 (9.55%) têm acompanhamento psiquiátrico, 30 (13.64%) acompanhamento psicológico, 16 (7.27%) outro tipo de acompanhamento e 160 (72.73%) não tem qualquer tipo de acompanhamento (ver Anexo G, Tabelas 7 e 8).

Na tabela abaixo, são apresentados os valores da análise descritiva das escalas (i.e, valor mínimo e máximo, média e desvio padrão).

**Tabela 1.**Análise descritiva das escalas ( $n = 220$ )

	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>D.P</i>	Nº itens
Sintomatologia depressiva	0.00	2.05	.57	.42	21
Tomada de perspetiva	.67	4.00	2.46	.69	6
Preocupação empática	.83	4.00	2.67	.67	6
Desconforto pessoal	0.00	3.17	1.58	.59	6
Fantasia	0.00	4.00	2.15	.72	6
Afetividade negativa	0.00	3.00	1.40	.68	5
Desligamento	0.00	2.80	.80	.58	5
Antagonismo	0.00	2.60	.51	.49	5
Desinibição	0.00	2.40	.78	.57	5
Psicoticismo	0.00	2.80	.72	.65	5

### **Análise psicométrica das escalas**

O tratamento dos dados foi realizado utilizando os softwares estatísticos *Jamovi* (versão 2.6.26.0 para macOS) e *IBM SPSS Statistics* (versão 30.0.0.0 para macOS)

Antes de avançar para as análises das hipóteses do estudo, foi realizada uma análise de propriedades psicométricas das escalas utilizadas ao nível da sensibilidade, validade e fiabilidade.

### ***Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)***

As escalas do Índice de Reatividade Interpessoal apresentaram resultados adequados ao nível da sensibilidade. Os valores de assimetria e curtose encontram-se dentro dos limites recomendados, indicando uma distribuição apropriada dos dados (ver Anexo H, Tabela 9)

A análise realizada a nível das dimensões, verificou também violação à normalidade com valores estatisticamente significativos na Tomada de Perspetiva ( $p = < .001$ ), Preocupação Empática ( $p = .004$ ), Desconforto Pessoal ( $p = .009$ ) e Fantasia ( $p = < .001$ ), indicando violação à normalidade (Anexo I, Tabelas 12, 13, 14, 15).

A consistência interna dos fatores foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Relativamente à fiabilidade a dimensão Tomada de Perspetiva obteve uma consistência interna considerada boa ( $\alpha = .80$ ) e a dimensão Preocupação empática apresentou uma consistência interna aceitável ( $\alpha = .70$ ). A dimensão Desconforto pessoal foi a que apresentou valores mais baixos de consistência interna ( $\alpha = .64$ ), considerando-se questionável. E por fim, a fiabilidade da dimensão Fantasia apresentou valores que consideram a consistência interna aceitável ( $\alpha = .74$ ) (Anexo J, Tabelas 22, 23, 24 e 25).

Para testar a validade da escala foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC), considerando um modelo de quatro fatores [ $\chi^2/gl = 3.04$ ;  $CFI = .73$ ;  $TLI = .70$ ;  $RMSEA = .10$ ] (Diagrama de trajetórias em Anexo L, Figura 9).

### ***Inventário de depressão de Beck (BDI-II)***

A escala de Depressão de Beck apresentou resultados adequados ao nível da sensibilidade. Os valores de assimetria e curtose encontram-se dentro dos limites recomendados (ver Anexo H, Tabela 10).

O teste de Kolmogorov-Smirnov apresentou-se estatisticamente significativo ( $p = < .001$ ), indicando uma violação à normalidade (ver Anexo I, Tabela 16).

A fiabilidade da escala apresentou uma consistência interna excelente ( $\alpha = .91$ ), tal como Campos & Gonçalves (2011) na validação para a população portuguesa (ver Anexo J, Tabela 26).

Para testar a validade fatorial da escala, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC), considerando um modelo unifatorial [ $\chi^2/gl = 2.66$ ;  $CFI = .81$ ;  $TLI = .79$ ;  $RMSEA = 0.09$ ] (Diagrama de trajetórias em Anexo L, Figura 10).

### ***Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5)***

As escalas de traços de personalidade para o *DSM-5* apresentaram resultados adequados ao nível da sensibilidade. Os valores de assimetria e curtose encontram-se dentro dos limites recomendados (ver Anexo H, Tabela 11).

A análise realizada a nível das dimensões, verificou também violação à normalidade com valores estatisticamente significativos na Afetividade Negativa ( $p = <$

.004), Desligamento ( $p = < .001$ ), Antagonismo ( $p = < .001$ ), Desinibição ( $p = < .001$ ) e Psicoticismo ( $p = < .001$ ) (ver Anexo I, Tabelas 17, 18, 19, 20 e 21).

Relativamente à fiabilidade a dimensão Afetividade Negativa apresentou uma consistência interna aceitável ( $\alpha = .75$ ), no entanto, as dimensões Desligamento ( $\alpha = .65$ ) e Antagonismo ( $\alpha = .65$ ), apresentaram os valores mais baixos, considerados questionáveis. A dimensão Desinibição apresentou valores que consideram a consistência interna aceitável ( $\alpha = .75$ ) e por fim, a dimensão Psicoticismo ( $\alpha = .81$ ), obteve uma consistência interna considerada boa (ver Anexo J, Tabelas 27, 28, 29, 30 e 31).

De modo a avaliar a validade fatorial da escala, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC), considerando um modelo de cinco fatores [ $\chi^2/df = 2.38$ ;  $CFI = .79$ ;  $TLI = .76$ ;  $RMSEA = .08$ ] (Diagrama de trajetórias em Anexo L, Figura 11).

Apesar das escalas e respetivas dimensões revelarem violação à normalidade, verifica-se que, embora existam ligeiras inclinações e desvios, estes não são extremos e os valores das distribuições encontram-se dentro dos limites estabelecidos e próximos à normalidade. Este facto aliado à dimensão da amostra justifica a utilização de métodos paramétricos, considerados robustos à violação da normalidade nas condições verificadas (e.g., Harwell et al., 1992; Marôco, 2021; Refinetti, 1996; Scheffé, 1959).

### **Teste de hipóteses**

Para testar da hipótese 1 à 4 procedeu-se ao cálculo do coeficiente de Pearson entre as escalas do estudo, de modo a analisar as associações entre as variáveis e as respetivas intensidades e direções. A Tabela 2 apresenta os valores obtidos.

**Tabela 2.**

Correlações entre a Sintomatologia Depressiva, cinco dimensões da Personalidade e as quatro dimensões da Empatia, com Coeficiente de Pearson ( $r$ )

Variável	BDI	TP	PE	DP	F
<b>BDI</b>	-	-.036	.157*	.291**	.132
<b>Afetividade Negativa</b>	.542**	-.044	.278**	.437**	.231**
<b>Desligamento</b>	.570**	-.154*	-.056	.202**	-.042
<b>Antagonismo</b>	.211**	-.284**	-.230*	.065	-.130
<b>Desinibição</b>	.405**	-.176**	-.085	.104	.053
<b>Psicoticismo</b>	.482**	-.100	-.050	.126	.051

Nota. \* $p < .050$  \*\* $p < .010$ ;

BDI = Sintomatologia depressiva; TP = Tomada de Perspetiva; PE = Preocupação Empática; DP = Desconforto Pessoal; F = Fantasia

### ***Estudo da relação entre sintomatologia depressiva e empatia***

Como se pode observar nos resultados da Tabela 2, a sintomatologia depressiva revelou-se fraca e positivamente correlacionada com a Preocupação Empática e o Desconforto Pessoal. Estas relações sugerem que, como esperado, existe uma relação entre níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e uma maior Preocupação Empática e experiência de Desconforto pessoal perante o sofrimento alheio. Assim, a primeira hipótese é validada, no entanto a segunda não.

### ***Estudo da relação entre traços de personalidade e sintomatologia depressiva***

Da mesma forma, ao observar a Tabela 2, os dados indicam que a depressão está relacionada positivamente com todas as variáveis de personalidade.

Estes resultados indicam que, como esperado maiores níveis de sintomatologia depressiva estão relacionados positivamente com as cinco dimensões da personalidade (Afetividade Negativa, Desligamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo), sendo estas mais fortes para a Afetividade Negativa e Desligamento, moderadas para a

Desinibição e o Psicoticismo e fraca para o Antagonismo. Desta forma a terceira hipótese é validada.

### ***Estudo da relação entre traços de personalidade e empatia***

Por fim, ao observar igualmente a Tabela 2, os dados indicam que as diferentes dimensões da empatia se relacionam de diferentes formas com as dimensões da personalidade.

A Afetividade Negativa (PID\_AN) revelou correlações moderadas e positivas com o Desconforto Pessoal e fracas e positivas com a Preocupação Empática e com a Fantasia. Tal indica que quanto maiores os níveis de Afetividade Negativa, mais Desconforto Pessoal (sobretudo), Preocupação Empática e Fantasia na experiência empática.

Na dimensão Desligamento (PID\_DESG) observaram-se correlações fracas negativas com a Tomada de Perspetiva e fracas mas positivas com o Desconforto Pessoal. Estas correlações mostram que quanto maior os níveis de Desligamento, menor vai ser a Tomada de Perspetiva e maior será o Desconforto Pessoal.

O Antagonismo (PID\_A) por sua vez revelou correlações fracas negativas com a Tomada de Perspetiva (IRI\_TP) e com a Preocupação Empática (IRI\_PE), ou seja, quanto maiores os níveis de Antagonismo, menor a capacidade de Tomada de Perspetiva e Preocupação Empática.

Por fim, a dimensão Desinibição (PID\_DESN) correlacionou-se fraca e negativamente, com a Tomada de Perspetiva (IRI\_TP). Isto reflete que quanto maiores os níveis de Desinibição menor a capacidade de Tomada de Perspetiva.

O Psicoticismo (PID\_P) não revelou correlações com nenhuma das dimensões da escala de empatia, apenas se correlacionou com os níveis de sintomatologia depressiva.

<sup>1</sup> A título exploratório foram realizadas análises de regressão linear múltipla, em que o Desconforto Pessoal foi o melhor preditor da sintomatologia depressiva (ver anexo N, tabela 55), assim como a Afetividade Negativa, Desligamento e Desinibição (ver anexo N, tabela 56). O Antagonismo foi o melhor preditor da Tomada de Perspetiva (ver anexo N, tabela 57), a Afetividade Negativa, o Desligamento e o Antagonismo foram os melhores preditores da Preocupação Empática (ver anexo N, tabela 58), a Afetividade Negativa foi o melhor preditor do Desconforto Pessoal (ver anexo N, tabela 59) e a Afetividade Negativa, o Desligamento e o Antagonismo foram os melhores preditores da Fantasia (ver anexo N, tabela 60).

Deste modo a quarta hipótese é validada. No entanto, a sua sub hipótese (4.1), é apenas validada parcialmente. Apesar das correlações se apresentarem na direção esperada, foram mais claras apenas para a Afetividade Negativa e não para o Desligamento.

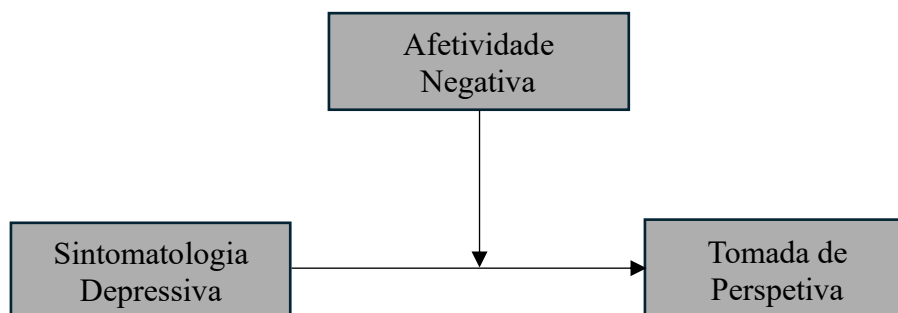
### **Estudo da hipótese de moderação**

Para testar a quinta e última hipótese, relativa ao papel moderador dos traços de personalidade na relação entre a sintomatologia depressiva e as dimensões da empatia, construíram-se modelos de regressão. Em cada modelo, a sintomatologia depressiva (BDI-II) foi inserida como variável preditora (X), cada dimensão da empatia (IRI) como variável outcome (Y), e cada um dos traços de personalidade (PID-5) foi testado separadamente como variável moderadora (W). A interação entre X e W ( $X \times W$ ) foi incluída no modelo para avaliar o efeito moderador. Estas análises foram realizadas no software jamovi (versão 2.6.26.0 para macOS), utilizando o módulo jamovi PROCESS (baseado no modelo de regressão de GAMLj).

### ***Influência da Afetividade Negativa na relação entre Sintomatologia Depressiva e Tomada de Perspetiva***

#### **Figura 1.**

Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Tomada de Perspetiva

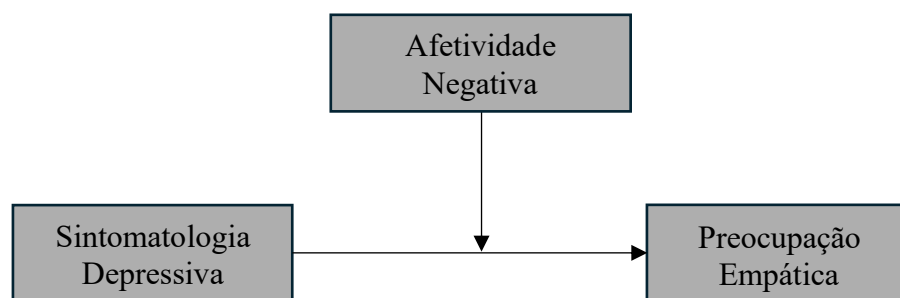


Foi testado o papel moderador da Afetividade Negativa na relação entre a sintomatologia depressiva e a Tomada de Perspetiva. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .00$  e, portanto 0% da variabilidade total de IRI\_TP é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo não se revela significativo  $F(3, 216) = .23$ ;  $p = .877$ ;  $\eta^2p = .00$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL no IRI\_TP continuou sem se verificar estatisticamente significativo ( $\beta = .01$ ;  $p = .939$ ), assim como o PID\_AN, ( $\beta = -.04$ ;  $p = .602$ ). A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_AN também não revelou um efeito significativo no IRI\_TP ( $\beta = -.03$ ;  $p = .637$ ), permitindo concluir que a Afetividade Negativa não modera a relação da sintomatologia depressiva com a Tomada de Perspetiva (ver Anexo M, Tabela 35).

### *Influência da Afetividade Negativa na relação entre Sintomatologia Depressiva e Preocupação Empática*

**Figura 2.**

Modelo de moderação da Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Preocupação Empática



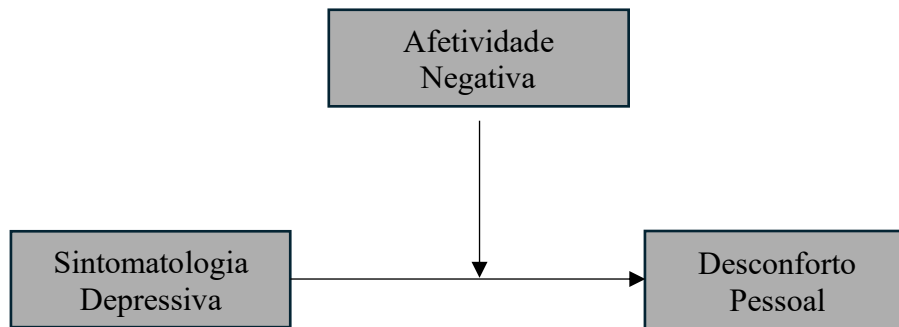
Foi testado o papel moderador do Afetividade Negativa na relação entre a sintomatologia depressiva e a Preocupação Empática. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .08$  e, portanto 8% da variabilidade total de IRI\_PE é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo revela-se significativo  $F(3, 216) = 6.07$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2p = .08$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL na IRI\_PE deixou de se verificar estatisticamente significativo ( $\beta = .02$ ;  $p = .790$ ). No entanto, o PID\_AN, ( $\beta = .27$ ;  $p = .001$ ), continuou a apresentar-se estatisticamente significativo. A interação das

variáveis BDI\_TOTAL e PID\_AN não revelou um efeito significativo no IRI\_PE ( $\beta = -.02$ ;  $p = .743$ ), permitindo concluir que a Afetividade Negativa não modera a relação da sintomatologia depressiva com a Preocupação Empática (ver Anexo M, Tabela 36).

### ***Influência da Afetividade Negativa na relação entre Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal***

**Figura 3.**

Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Desconforto Pessoal

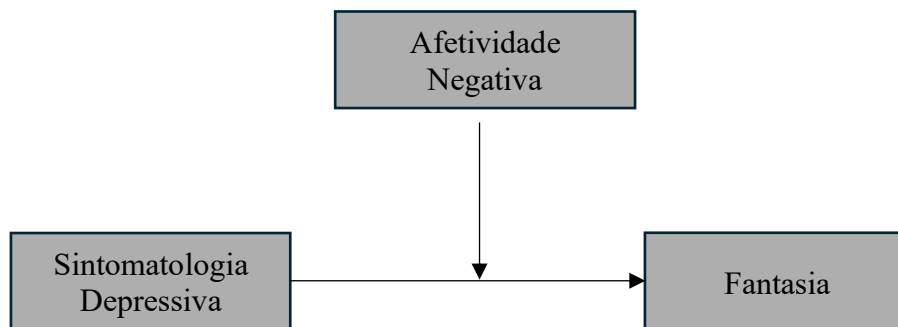


Foi testado o papel moderador da Afetividade Negativa na relação entre a sintomatologia depressiva e o Desconforto Pessoal. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .20$  e, portanto 20% da variabilidade total de IRI\_DP é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo revela-se significativo  $F(3, 216) = 17.51$ ;  $p < .000$ ;  $\eta^2p = .20$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL na IRI\_DP deixou de se revelar estatisticamente significativo ( $\beta = .09$ ;  $p = .302$ ). No entanto, o PID\_AN, ( $\beta = .39$ ;  $p < .000$ ), continuou a verificar-se estatisticamente significativo. A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_AN não revelou um efeito significativo no IRI\_DP ( $\beta = -.02$ ;  $p = .775$ ), permitindo concluir que a Afetividade Negativa não modera a relação da sintomatologia depressiva com o Desconforto Pessoal (ver Anexo M, Tabela 37).

## *Influência da Afetividade Negativa na relação entre Sintomatologia Depressiva e Fantasia*

**Figura 4.**

Modelo de moderação de Afetividade Negativa na relação de Sintomatologia Depressiva com Fantasia

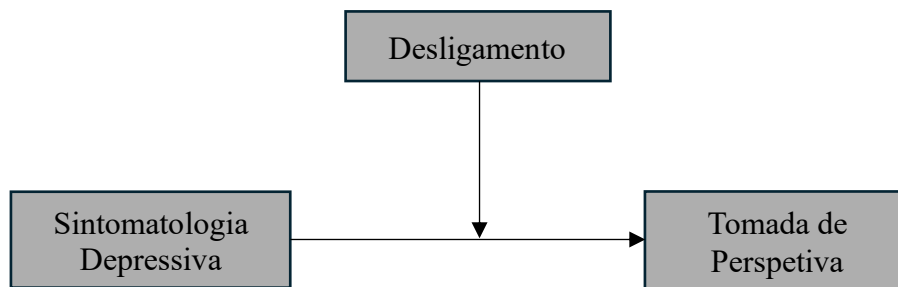


Foi testado o papel moderador da Afetividade Negativa na relação entre a sintomatologia depressiva e a Fantasia. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .05$  e, portanto 5% da variabilidade total de IRI\_F é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo revela-se significativo  $F(3, 216) = 4.09; p = .008; \eta^2p = .05$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL na IRI\_F, continuou sem se revelar estatisticamente significativo ( $\beta = .02; p = .864$ ). Por outro lado, o PID\_AN, ( $\beta = .22; p = .006$ ), continuou a verificar-se estatisticamente significativo. A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_AN não revelou um efeito significativo no IRI\_F ( $\beta = -.01; p = .889$ ), permitindo concluir que a Afetividade Negativa não modera a relação da sintomatologia depressiva com a Fantasia (ver Anexo M, Tabela 38).

## *Influência do Desligamento na relação entre Sintomatologia Depressiva e Tomada de Perspetiva*

**Figura 5.**

Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Tomada de Perspetiva

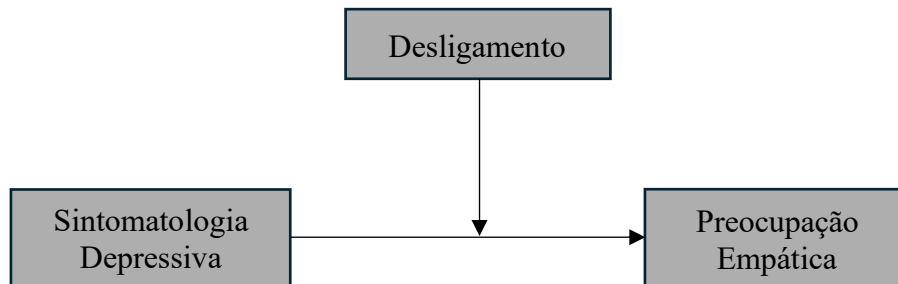


Foi testado o papel moderador do Desligamento na relação entre a sintomatologia depressiva e a Tomada de Perspetiva. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .03$  e, portanto 3% da variabilidade total de IRI\_TP é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo não se revela significativo  $F(3, 216) = 2.05; p = .108; \eta^2p = .03$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL no IRI\_TP continuou sem se verificar estatisticamente significativo ( $\beta = .07; p = .416$ ). Por outro lado, o efeito de PID\_DESG ( $\beta = -.20; p = .016$ ) continuou a revelar-se significativo. A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_DESG, por sua vez, não revelou um efeito significativo no IRI\_TP ( $\beta = .01; p = .907$ ), permitindo concluir que o Desligamento não modera a relação da sintomatologia depressiva com a Tomada de Perspetiva (ver Anexo M, Tabela 39).

## *Influência do Desligamento na relação entre Sintomatologia Depressiva e Preocupação Empática*

**Figura 6.**

Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Preocupação Empática

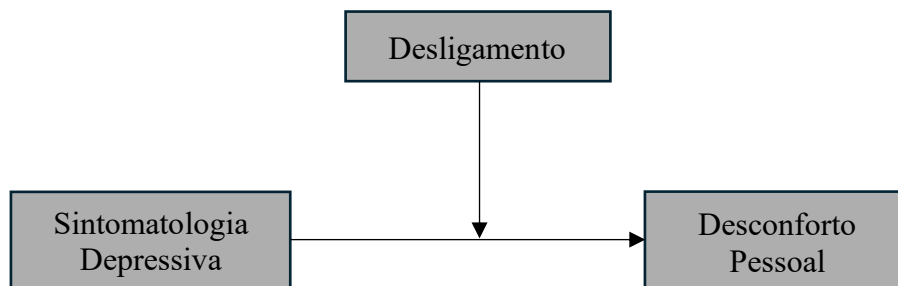


Foi testado o papel moderador do Desligamento na relação entre a sintomatologia depressiva e a Preocupação Empática. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .06$  e, portanto 6% da variabilidade total de IRI\_PE é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo revela-se significativo  $F(3, 216) = 4.28; p = .006; \eta^2p = .06$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL na IRI\_PE continuou a verificar-se estatisticamente significativo ( $\beta = .29; p = .001$ ). Além disso o PID\_DESG, ( $\beta = -.21; p = .008$ ) também passou a revelar-se estatisticamente significativo. A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_DESG não revelou um efeito significativo no IRI\_PE ( $\beta = -.01; p = .816$ ) (Tabela 14), permitindo concluir que o Desligamento não modera a relação da sintomatologia depressiva com a Preocupação Empática (ver Anexo M, Tabela 40).

## *Influência do Desligamento na relação entre Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal*

**Figura 7.**

Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Desconforto Pessoal

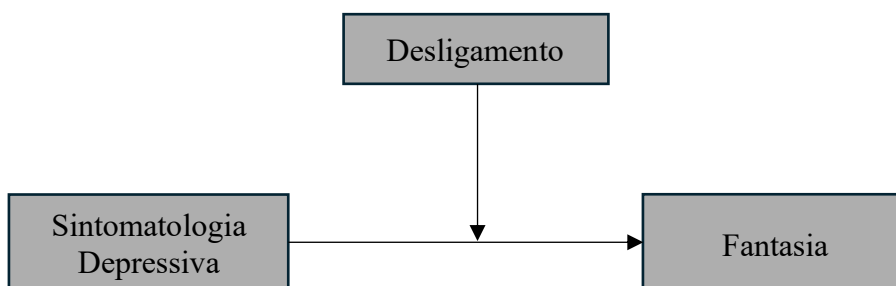


Foi testado o papel moderador do Desligamento na relação entre a sintomatologia depressiva e o Desconforto Pessoal. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .09$  e, portanto 9% da variabilidade total de IRI\_DP é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo revela-se significativo  $F(3, 216) = 6.85; p = .000; \eta^2p = .09$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL na IRI\_DP continuou a revelar-se estatisticamente significativo ( $\beta = .27; p = .002$ ) e o PID\_DESG ( $\beta = .06; p = .484$ ), deixou de se verificar estatisticamente significativo. A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_DESG não revelou um efeito significativo no IRI\_DP ( $\beta = -.02; p = .774$ ), permitindo concluir que o Desligamento não modera a relação da sintomatologia depressiva com o Desconforto Pessoal (ver Anexo M, Tabela 41).

## *Influência do Desligamento na relação entre Sintomatologia Depressiva e Fantasia*

**Figura 8.**

Modelo de moderação de Desligamento na relação de Sintomatologia Depressiva com Fantasia



Foi testado o papel moderador do Desligamento na relação entre a sintomatologia depressiva e a Fantasia. Confirmou-se a obtenção de um  $R^2 = .04$  e, portanto 4% da variabilidade total de IRI\_F é explicada pelas variáveis independentes inseridas no modelo. O modelo revela-se significativo  $F(3, 216) = 2.86; p = .038; \eta^2p = .04$  (Marôco, 2021). O efeito direto do BDI\_TOTAL na IRI\_F, passou a revelar-se estatisticamente significativo ( $\beta = .24; p = .007$ ), tal como PID\_DESG ( $\beta = -.17; p = .035$ ), que também passou a verificar-se estatisticamente significativo. A interação das variáveis BDI\_TOTAL e PID\_DESG não revelou um efeito significativo no IRI\_F ( $\beta = -.02; p = .741$ ), permitindo concluir que o Desligamento não modera a relação da sintomatologia depressiva com a Fantasia (ver Anexo M, Tabela 42).

As restantes dimensões da personalidade também foram analisadas como moderadoras entre a sintomatologia depressiva e as dimensões da empatia. Apesar de em todos os modelos de moderação a sintomatologia ou os traços revelarem efeitos nas dimensões de empatia analisadas, apenas a análise do Antagonismo como moderador na relação entre a sintomatologia depressiva e a dimensão Fantasia revelou um efeito de moderação ( $\beta = .18; p = .013$ ) (ver Anexo M, Tabela 46).

Assim, a última hipótese (Hipótese 5) em como se espera que as dimensões Afetividade Negativa e Desligamento constituam moderadores na relação da

sintomatologia depressiva e as dimensões Desconforto Pessoal e Tomada de Perspetiva, respetivamente, é rejeitada.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal compreender se os traços de personalidade do *DSM-5* (APA, 2014, 2022), nomeadamente a Afetividade Negativa e o Desligamento, poderiam moderar a relação entre depressão e empatia. De modo geral, os resultados obtidos confirmaram parcialmente as hipóteses propostas.

Os resultados do presente estudo sugerem que a sintomatologia depressiva se relaciona com os padrões empáticos e os traços de personalidade de modo complexo e diferenciado. A sintomatologia depressiva associou-se positivamente às dimensões da empatia afetiva, sobretudo ao Desconforto Pessoal, refletindo uma maior reatividade emocional perante o sofrimento alheio. Os cinco traços de personalidade, em particular a Afetividade Negativa e o Desligamento, exibiram associações mais fortes com a sintomatologia depressiva, funcionando como disposições de vulnerabilidade emocional e social. Além disso, os traços apresentaram padrões distintos de relação com as dimensões da empatia, sugerindo que as diferenças individuais na forma como o indivíduo experiencia e regula as suas emoções influenciam também a capacidade de compreender e responder aos estados emocionais dos outros. No entanto, a moderação esperada entre as variáveis não foi observada.

Com base nesta síntese global, procede-se de seguida à análise detalhada das associações específicas entre depressão, empatia e traços de personalidade, com o objetivo de clarificar o contributo de cada dimensão para o padrão geral observado.

Foi evidenciada uma relação positiva e significativa entre a sintomatologia depressiva e as dimensões da empatia afetiva, nomeadamente na Preocupação Empática e no Desconforto Pessoal, sendo esta última a mais fortemente associada. Este achado corrobora a literatura que indica que indivíduos com níveis mais elevados de sintomas depressivos tendem a experienciar maior mal-estar emocional perante o sofrimento alheio (e.g., Colonnello et al., 2024; Cusi et al., 2011; Guhn et al., 2020; Hülsemann et al., 2025; Liu et al., 2022; Müller et al., 2024; O'Connor et al., 2002; Powell, 2018; Schreiter et al., 2013; Thoma et al., 2011; Tully et al., 2016; Zhang et al., 2021). Este padrão revela um funcionamento empático desadaptativo, no qual o indivíduo se sente perturbado perante o sofrimento dos outros e apresenta dificuldades em lidar com essas emoções de forma construtiva (Schreiter et al., 2013). Tal pode refletir défices na regulação emocional e uma menor capacidade de diferenciar entre as próprias emoções e as emoções alheias (Colonnello et al., 2024; Tully et al., 2016).

Relativamente à Preocupação Empática, existe alguma inconsistência na literatura. Os resultados deste estudo indicaram igualmente uma associação positiva com a sintomatologia depressiva. Tal poderá dever-se ao facto de a amostra ser comunitária, refletindo níveis subclínicos de depressão, em que o autofoco característico de estados depressivos mais severos pode não estar presente ou manifestar-se de forma atenuada. Assim, os participantes podem preservar, ou até apresentar uma capacidade aumentada, de preocupação com os outros, o que é consistente com a literatura que identifica diferenças no padrão empático em função da gravidade da sintomatologia (Guhn et al., 2020).

Como previsto por alguns estudos (Cusi et al., 2011; Zhang et al., 2021), esperava-se uma associação negativa entre a Tomada de Perspetiva e a sintomatologia depressiva, o que não se confirmou. Não foi encontrada uma relação significativa entre depressão e empatia cognitiva, o que contrasta com a evidência reportada por Cusi e colaboradores (2011) e pela revisão de Schreier e colaboradores (2013), que identificaram défices nesta dimensão em populações clínicas. No entanto, coincide com os achados de Guhn e colaboradores (2020), que observaram a preservação da empatia cognitiva em indivíduos com depressão. Tal discrepância poderá dever-se ao facto de a presente amostra ser comunitária, onde as funções cognitivas associadas à empatia tendem a permanecer preservadas.

As análises revelaram associações positivas entre as cinco dimensões do modelo do *DSM-5*, Afetividade Negativa, Desligamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Conforme previsto, a Afetividade Negativa e o Desligamento foram os traços que mais fortemente se associaram à sintomatologia depressiva, em conformidade com o reportado na literatura (Gonçalves et al., 2022; Hopwood et al., 2013; Klein et al., 2011; Sleep et al., 2017; Vittengl et al., 2023). As associações observadas para os restantes traços acompanham o padrão descrito na literatura, embora, no presente estudo, as correlações apresentem valores ligeiramente mais elevados. Verificaram-se, assim, associações de magnitude moderada entre Desinibição e Psicoticismo e associações fracas entre Antagonismo e a sintomatologia depressiva.

Deste modo, indivíduos com níveis elevados de Afetividade Negativa tendem a interpretar as suas experiências de forma mais pessimista e autocrítica, revelando maior vulnerabilidade a estados depressivos (Gonçalves et al., 2022; Klein et al., 2011). Por sua

vez, indivíduos com níveis elevados de Desligamento apresentam maior distanciamento emocional e social, retraimento e anedonia, características também consistentes com a fenomenologia da depressão (APA, 2014, 2022). Estes resultados sugerem que ambos os traços funcionam como disposições de risco para o desenvolvimento e manutenção de sintomas depressivos, sustentando a hipótese de uma continuidade dimensional entre a depressão e os traços de personalidade desadaptativos, proposta pela literatura (Hopwood et al., 2013; Klein et al., 2011). A Afetividade Negativa poderá representar o eixo principal que liga os traços de personalidade mal-adaptativos à depressão (Gonçalves et al., 2022), refletindo a sobreposição entre padrões emocionais estáveis e estados afetivos transitórios. No entanto, dado que a presente investigação não analisou as facetas específicas dos traços, não é possível determinar com precisão de que forma esta continuidade dimensional se manifesta.

No que respeita às associações entre os traços de personalidade e a empatia, os resultados evidenciaram padrões distintos consoante a natureza afetiva ou cognitiva das dimensões empáticas. A Afetividade Negativa relacionou-se fraca e positivamente às dimensões afetivas da empatia, a Preocupação Empática, o Desconforto Pessoal e com a Fantasia, sugerindo uma maior reatividade emocional e sensibilidade ao sofrimento alheio (Hülsemann et al., 2025). Assim, a Afetividade Negativa pode tanto potenciar a compreensão emocional do outro como amplificar o stress empático, conduzindo a respostas autocentradas e disfuncionais (Batson, 2009; Schreiter et al., 2013).

O Desligamento mostrou associações negativas e significativas na Tomada de Perspetiva e positivas com o Desconforto Pessoal, indicando menor capacidade de compreender os estados mentais dos outros e maior reatividade emocional e sensibilidade ao sofrimento alheio. Este padrão é consistente com Fossati e colaboradores (2017) e Costa e colaboradores (2018), que apontam para uma menor empatia cognitiva em indivíduos com tendência para o isolamento social e evitamento emocional, refletindo dificuldades em reconhecer e compreender as emoções dos outros. Contudo, a associação positiva entre Desligamento e Desconforto Pessoal observada neste estudo não tem sido amplamente documentada na literatura, constituindo, assim, um contributo relevante para o avanço do conhecimento nesta área. É possível que indivíduos emocionalmente retraídos evitem o envolvimento afetivo precisamente por sentirem elevado desconforto perante as emoções negativas dos outros, o que poderá conduzir a um aumento da sobrecarga emocional (Batson, 2009; Schreiter et al., 2013).

De forma complementar, o Antagonismo apresentou associações negativas com a Tomada de Perspetiva e a Preocupação Empática. Este resultado vai ao encontro de Fossati e colaboradores (2017) e de Costa e colaboradores (2018), que também associaram o Antagonismo a uma menor capacidade de adotar a perspetiva do outro. Tal achado é coerente com a conceptualização deste traço como oposto à prosocialidade e caracterizado por hostilidade, manipulação e insensibilidade interpessoal (APA, 2014, 2022; Krueger & Markon, 2014). No entanto, a relação entre o Antagonismo e a Preocupação Empática não tem sido amplamente explorada na literatura, o que sugere a necessidade de investigações futuras que clarifiquem este padrão.

De modo semelhante, a Desinibição revelou uma associação fraca e negativa com a Tomada de Perspetiva. Embora esta relação seja pouco documentada, revela-se consistente com os resultados de Fossati e colaboradores (2017), que identificaram uma associação semelhante entre este traço e a redução da empatia cognitiva. Indivíduos mais desinibidos tendem a apresentar menor capacidade de inibir o foco no próprio ponto de vista e maior dificuldade em manter a atenção sustentada para compreender a perspetiva alheia.

Esperava-se que as diferenças individuais pudessem influenciar a forma como a sintomatologia depressiva e a empatia se relacionam. Assim, seria expectável que os traços que apresentam associações mais fortes com a sintomatologia depressiva e com a empatia fossem aqueles com maior probabilidade de exercer um efeito moderador nessa relação. Contudo, apesar da introdução dos traços nos modelos de regressão ter alterado os efeitos diretos entre as variáveis, a Afetividade Negativa e o Desligamento não evidenciaram um efeito de moderação. Ainda que a moderação não tenha sido confirmada, os resultados sugerem que quando se consideram os traços de personalidade, a relação entre sintomatologia depressiva e empatia sofre alterações. Este padrão reforça o papel dos traços de personalidade como fatores de vulnerabilidade estáveis, que moldam a forma como a empatia e o funcionamento emocional se expressam na depressão (Gonçalves et al., 2022; Hopwood et al., 2012; Klein et al., 2011).

Em conjunto, estes resultados apontam para uma relação integrada entre personalidade, empatia e sintomatologia depressiva, na qual os traços de personalidade moldam o funcionamento empático e contribuem para a vulnerabilidade emocional. Embora a moderação esperada não tenha sido observada, os resultados sugerem um padrão de relações essencialmente aditivas entre personalidade, empatia e depressão. Este

tipo de associação é coerente com a perspectiva de Strohmaier e colaboradores (2024), que evidenciaram que os traços de personalidade influenciam a depressão sobretudo através de vias de mediação e não enquanto moderadores, sugerindo que estas variáveis atuam de forma complementar, e não como moderadoras diretas.

As análises exploratórias revelaram apenas um efeito moderador do Antagonismo sobre a relação entre a sintomatologia depressiva e a Fantasia empática, o que sugere que este traço pode atenuar a tendência para se envolver imaginativamente com o outro em contextos de maior sofrimento emocional. Esta relação merece ser explorada em estudos futuros.

Estes resultados têm implicações clínicas relevantes no contexto da depressão e da empatia, reforçando a necessidade de integrar a avaliação da empatia e da personalidade nas intervenções clínicas. Tal integração permite delinear estratégias terapêuticas personalizadas e diferenciadas, ajustadas às características individuais de cada perfil. Por exemplo, em indivíduos com elevada Afetividade Negativa, investir em intervenções que promovam o desfoco do próprio (e.g., *mindfulness*) podem ajudar a reduzir o afeto negativo e estratégias centradas na regulação emocional e diferenciação entre emoções próprias e alheias, promovendo uma resposta empática mais equilibrada. Já em perfis com elevado Desligamento, pode ser mais eficaz promover a ativação comportamental, exposição interpessoal gradual e treino de competências relacionais, com o objetivo de reduzir o evitamento e favorecer a leitura dos estados mentais alheios.

Não obstante, apesar das contribuições deste estudo, este carece de algumas limitações. A violação da normalidade em certas variáveis pode dever-se à natureza dos instrumentos clínicos utilizados, numa amostra comunitária, onde se esperam, naturalmente, níveis baixos de sintomatologia depressiva e traços desadaptativos. A utilização de uma amostra não clínica poderá igualmente justificar as correlações de baixa magnitude e a ausência de efeitos de moderação, dado que défices cognitivos e enviesamentos associados à depressão tendem a ser menos pronunciados neste tipo de população.

Outra limitação reside na utilização exclusiva de escalas de autorrelato, que, apesar do anonimato assegurado, podem introduzir enviesamentos de interpretação e desejabilidade social, especialmente em variáveis como empatia e personalidade. A utilização da versão breve do PID-5, que entre as três versões é a menos robusta (Pires et al., 2018a), poderá ter limitado a precisão na avaliação de cada traço e a interação

esperada. Adicionalmente a predominância de mulheres (75.9%), limita a generalização a outros géneros.

Os padrões de associação identificados entre as dimensões da personalidade e da empatia deverão ser replicados em estudos futuros, idealmente com amostras clínicas. Além disso, será importante clarificar e aprofundar o estudo do papel moderador do traço Antagonismo, que surgiu a título exploratório no presente estudo.

Investigações futuras deverão recorrer também a versões mais extensas do PID-5, de modo a avaliar com maior precisão as facetas dos traços de personalidade e a sua possível influência moderadora. Tal poderá clarificar se o papel dos traços de personalidade na relação entre empatia e depressão se torna mais evidente em contextos de maior variabilidade sintomatológica. Além disso, a natureza transversal do presente estudo não permite estabelecer relações causais, nem excluir a interferência de variáveis externas, como défices cognitivos, regulação emocional ou estratégias de *coping*. Assim, abordagens longitudinais poderão permitir compreender de que forma estas variáveis se influenciam ao longo do tempo, bem como a combinação de medidas de autorrelato com avaliações por informantes ou métodos qualitativos poderá captar aspetos contextuais e trajetórias de vida aos quais as medidas de autorrelato, por si só, não conseguem aceder.

Por fim, considerando que não foi encontrado um efeito de moderação nos traços esperados e sim num terceiro traço análise de facetas específicas de cada traço do modelo alternativo do *DSM-5* poderá contribuir para uma melhor compreensão da relação entre empatia, personalidade e sintomatologia depressiva. Ainda assim, os resultados sugerem que as relações entre as três variáveis poderão operar de forma relativamente independente, embora possam articular-se por vias indiretas ou mecanismos de mediação – aspetos que devem ser explorados em investigações futuras.

Em síntese, o presente estudo contribui para o aprofundamento da compreensão da relação entre sintomatologia depressiva, empatia e personalidade, demonstrando que os traços do Modelo Alternativo do *DSM-5* influenciam o funcionamento empático na sintomatologia depressiva de forma independente, ainda que interligada. Os resultados sublinham a importância de considerar a dimensão da personalidade na avaliação e intervenção psicológica, contribuindo para uma abordagem mais compreensiva da experiência depressiva. De modo geral, este trabalho evidencia a pertinência de compreender a depressão a partir de uma perspetiva integradora, que contemple simultaneamente os fatores de personalidade e os processos empáticos.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> ed., texto rev.). Climepsi Editores. Retirado de: <https://img3.reoveme.com/m/2ab8dabd068b16a5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.<sup>a</sup> ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5-TR (texto revisto)* (5.<sup>a</sup> ed.). Climepsi Editores.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2015). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>
- Barrio, V., Aluja, A., & García, L. F. (2004). Relação entre empatia e os cinco grandes traços de personalidade em uma amostra de adolescentes espanhóis. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32(7), 677–681. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.7.677>
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer* (1st ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315808048>
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 3–15). MIT Press. Retirado de: [https://www.researchgate.net/profile/Nancy-Eisenberg/publication/248702618\\_Empathic\\_Responding\\_Sympathy\\_and\\_Personal\\_Distress/links/02e7e539bd3a87471b000000/Empathic-Responding-Sympathy-and-Personal-Distress.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nancy-Eisenberg/publication/248702618_Empathic_Responding_Sympathy_and_Personal_Distress/links/02e7e539bd3a87471b000000/Empathic-Responding-Sympathy-and-Personal-Distress.pdf)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II (BDI-II)*. The Psychological Corporation.
- Bobić, J., Kokol-Vlahovljak, S., Dorčić, K., & Beljaković, S. (2021). Personality traits and changes in depression symptoms in female university students. *CEPS Journal*, 11(4), 29–45. <https://doi.org/10.25656/01:23848>
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric evaluation with college students. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258–264. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Colonnello, V., Castellano, P., Mazzetti, M., & Russo, P. M. (2024). Specific emotion regulation difficulties mediate the relationship between personal distress and depressive symptoms in medical students. *Frontiers in Psychology*, 15, 1432318. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1432318>
- Comissão Europeia & Organização Mundial da Saúde. (2023). *Portugal: Perfil de saúde 2023*. Serviço de Publicações da União Europeia. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023\\_chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf)
- Costa, H. P., Vrabel, J. K., & Zeigler-Hill, V. (2018). DSM-5 pathological personality traits are associated with the ability to understand the emotional states of others. *Journal of Research in Personality*, 75, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.05.001>
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. *Psychological Assessment Resources*. Retirado de: [https://www.researchgate.net/publication/240133762\\_Neo\\_PI-R\\_professional\\_manual](https://www.researchgate.net/publication/240133762_Neo_PI-R_professional_manual)
- Cusi, O. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N., & McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: Relation to symptom severity,

- illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research*, 188(3), 231–236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.012>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/34891073\\_A\\_Multidimensional\\_Approach\\_to\\_Individual\\_Differences\\_in\\_Empathy](https://www.researchgate.net/publication/34891073_A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences_in_Empathy)
- Davis, M. H. (1983). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A social psychological approach* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429493898>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2018). Looking through tinted glasses: Depression and social anxiety are related to both interpretation biases and inflexible negative interpretations. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 517–528. <https://doi.org/10.1177/2167702617747968>
- Fossati, A., Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., & Borroni, S. (2017). On the relationships between DSM-5 dysfunctional personality traits and social cognition deficits: A study in a sample of consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1–14. <https://doi.org/10.1002/cpp.2091>
- Förster, K., Kurtz, M., Konrad, A., & Kanske, P. (2022). Emotional reactivity, emotion regulation, and social emotions in affective disorders: Neural models informing treatment approaches. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 51(1), 11–25. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000648>

- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., & Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology, 9*, 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 285–312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Gonçalves, B., Pires, R., Henriques-Calado, J., & Sousa Ferreira, A. (2022). Evaluation of the PID-5 depressivity personality dimensions and depressive symptomatology in a community sample. *Anales de Psicología, 38*(3), 409–418. <https://doi.org/10.6018/analesps.486921>
- Guhn, A., Merkel, L., Hübner, L., Dziobek, I., Sterzer, P., & Köhler, S. (2020). Understanding versus feeling the emotions of others: How persistent and recurrent depression affect empathy. *Journal of Psychiatric Research, 130*, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.023>
- Guilera, T., Batalla, I., Forné, C., & Soler-González, J. (2019). Empathy and Big Five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: A cross-sectional study. *BMC Medical Education, 19*, 353. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1807-5>
- Hall, J. A., & Schwartz, R. (2018). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Harwell, M. R., Rubinstein, E. N., Hayes, W. S., & Olds, C. C. (1992). Summarizing Monte Carlo results in methodological research: The fixed-effects, one- and two-factor ANOVA cases. *Journal of Educational Statistics, 17*(4), 315–339. <https://doi.org/10.3102/10769986017004315>
- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, NC: SAS Institute.

- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Bermpohl, F., & Singer, T. (2016). Empathy in depression: Egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, *199*, 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.007>
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM–IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(2), 424–432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, *27*(3), 270–295. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.270>
- Hülsemann, M. J., Kaurin, A., Kollmann, B., Chmitorz, A., Ahrens, K. F., Schenk, C., Plichta, M. M., Lutz, B., Basten, U., Fiebach, C. J., Kalisch, R., Lieb, K., Reif, A., Tüscher, O., Hermes, H., Schunk, D., & Wessa, M. (2025). Self-oriented affective empathy is associated with increased negative affect. *Scientific Reports*, *15*, 27767. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09860-9>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*(1), 285–312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Jourdy, R., & Petot, J.-M. (2017). Relationships between personality traits and depression in the light of the “Big Five” and their different facets. *L'Évolution Psychiatrique*, *82*, 27–37. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.08.002>
- Kajonius, P. J., & Dåderman, A. M. (2017). Conceptualizations of personality disorders with the five-factor model-count and empathy traits. *International Journal of Testing*, *17*(4), 1–17. <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1279164>
- Kanske, P., Böckler, A., Trautwein, F.-M., & Singer, T. (2015). Dissecting the social brain: Introducing the EmpaToM to reveal distinct neural networks and brain-behavior relations for empathy and theory of mind. *NeuroImage*, *122*, 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.07.082>

- Klein, D. N. (2011). Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K. E., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
- Lengel, G. J., Rowland, Z. K., & McMahon, S. D. (2016). Emotion regulation and empathy: How they relate to social functioning and depressive symptoms. *Emotion*, 16(4), 480–490. <https://doi.org/10.1037/emo0000138>
- Li, J., Liu, C., Wulandari, T., Wang, P., Li, K., Ren, L., & Liu, X. (2022). The relationship between dimensions of empathy and symptoms of depression among university students during the COVID-19 pandemic: A network analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 1034119. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1034119>
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2010). Adaptation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) for use in Portugal. *Revista Psicologia*, 24(1), 73–95. <https://doi.org/10.14417/lp.640>

- Liu, Q., Zhao, X., Liu, W., & Liu, Q. (2022). Empathy and depression among a Chinese sample: The moderating role of rumination and attentional shift. *Frontiers in Psychology, 13*, 1027298. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1027298>
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Lynam, D. R., Widiger, T. A., & Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM–5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM–5. *Psychological Assessment, 27*(4), 1195–1210. <https://doi.org/10.1037/pas0000120>
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 139–157. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.139>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics (8.ª ed.)*. ReportNumber.
- Martingano, A. J., Konrath, S. H., & Kross, E. (2022). When empathy matters: The role of situational factors in empathy expression and outcomes. *Emotion Review, 14*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1177/1754073921996614>
- Melchers, M. C., Li, M., Haas, B. W., Reuter, M., Bischoff, L., & Montag, C. (2016). Similar personality patterns are associated with empathy in four different countries. *Frontiers in Psychology, 7*, 290. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00290>
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York, NY: Wiley. <https://doi.org/10.4324/9780203763643>
- Mischel, W. (1996). From *Personality and Assessment* (1968). In J. Maddox (Ed.), *Perspectives on personality: Classic theories and modern research* (pp. 345–356). Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers.
- Mischel, W. (2009). From *Personality and Assessment* (1968) to personality science, 2009. *Journal of Research in Personality, 43*(2), 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.037>

- Mor, N., Doane, L. D., Adam, E. K., Mineka, S., Zinbarg, R. E., Griffith, J. W., Craske, M. G., Waters, A., & Nazarian, M. (2010). Within-person variations in self-focused attention and negative affect in depression and anxiety: A diary study. *Cognition and Emotion*, 24(1), 48–62. <https://doi.org/10.1080/02699930802499715>
- Morey, L. C., Skodol, A. E., & Krueger, R. F. (2013). The hierarchical structure of clinician ratings of proposed DSM–5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 836–841. <https://doi.org/10.1037/a0034003>
- Mooradian, T. A., Davis, M., & Matzler, K. (2011). Dispositional empathy and the hierarchical structure of personality. *The American Journal of Psychology*, 124(1), 99–109. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.124.1.0099>
- Müller, J., Herpertz, J., Taylor, J., Suslow, T., Lane, R. D., & Donges, U.-S. (2024). Emotional awareness for self and others and empathic abilities in clinical depression during acute illness and recovery. *BMC Psychiatry*, 24, 488. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05877-y>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1–3), 19–27. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00408-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00408-6)
- Park, H. J., & Lee, J. H. (2020). Looking into the personality traits to enhance empathy ability: A review of literature. In C. Stephanidis & M. Antona (Eds.), *HCI International 2020 – Communications in Computer and Information Science* (Vol. 1224, pp. 173–180). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-50726-8\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-030-50726-8_23)
- Powell, P. A. (2018). Individual differences in emotion regulation moderate the associations between empathy and affective distress. *Motivation and Emotion*, 42(5), 602–613. <https://doi.org/10.1007/s11031-018-9684-4>

- Pires, R., Ferreira, A. S., & Guedes, D. (2017). *The psychometric properties of the Portuguese version of the Personality Inventory for DSM-5. Scandinavian Journal of Psychology, 58*(5), 468–475. <https://doi.org/10.1111/sjop.12383>
- Pires, R., Ferreira, A. S., Guedes, D., Henriques-Calado, J., & Paulino, M. (2018a). Estudo das propriedades psicométricas – Formas longa, reduzida e breve – da versão portuguesa do Inventário da Personalidade para o DSM-5 (PID-5). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica / e Avaliação Psicológica, 47*(2), 187–203. <https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.14>
- Pires, R., Sousa Ferreira, A., Gonçalves, B., Henriques-Calado, J., & Paulino, M. (2018b). The Portuguese version of the Personality Inventory for the DSM-5 in a community and a clinical sample. *Personal Mental Health, 13*(1), 40–52. <https://doi.org/10.1002/pmh.1437>
- Preston, S. D., Bechara, A., Damasio, H., Grabowski, T. J., Stansfield, R. B., Mehta, S., & Damasio, A. R. (2020). The neural substrates of cognitive empathy. *Social Neuroscience, 15*(2), 131–143. <https://doi.org/10.1080/17470919.2019.1647280>
- Refinetti, R. (1996). Demonstrating the consequences of violations of assumptions in between-subjects analysis of variance. *Teaching of Psychology, 23*(1), 23–27. [https://doi.org/10.1207/s15328023top2301\\_14](https://doi.org/10.1207/s15328023top2301_14)
- Scheffé, H. (1959). *The analysis of variance*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/bimj.19610030206>
- Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M., & aan het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 150*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009>
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review, 20*(3), 379–403. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00104-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00104-4)
- Seidel, E.-M., Habel, U., Kirschner, M., Gur, R. C., & Derntl, B. (2010). The impact of facial emotional expressions on behavioral tendencies in women and men. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 36*(2), 500–507. <https://doi.org/10.1037/a0018169>

- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, *132*(3), 617–627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, *24*(18), 875–878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2011). The alternative DSM–5 model for personality disorders: A clinical application. *American Journal of Psychiatry*, *168*(7), 686–689. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020279>
- Sleep, C. E., Hyatt, C. S., Lamkin, J., Maples-Keller, J. L., & Miller, J. D. (2017). Examining the relations among the DSM-5 alternative model of personality, the Five-Factor Model, and externalizing and internalizing behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *8*(1), 12–21. <https://doi.org/10.1037/per0000240>
- Strohmaier, S., Pillai, M., Weitzer, J., Han, E., Zenk, L., Birmann, B. M., Bertau, M., Caniglia, G., Laubichler, M. D., Steiner, G., & Schernhammer, E. S. (2024). The relationship between Big Five personality traits and depression in the German-speaking D-A-CH region including an investigation of potential moderators and mediators. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *14*(8), 2157–2174. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14080144>
- Thoma, P., Zalewski, I., von Reventlow, H. G., Norra, C., Juckel, G., & Daum, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Psychiatry Research*, *189*(3), 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.030>
- Tully, E. C., Ames-Sikora, A. M., & Donohue, M. R. (2016). Quadratic associations between empathy and depression and the moderating influence of emotion dysregulation. *The Journal of Psychology*, *150*(1), 15–35. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.992382>

- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, 756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- Vittengl, J. R., Jarrett, R. B., Ro, E., & Clark, L. A. (2023). How can the DSM-5 alternative model of personality disorders advance understanding of depression? *Journal of Affective Disorders, 320*, 254-262. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.146>
- Whitmer, A. J., & Gotlib, I. H. (2013). An attentional scope model of rumination. *Psychological Bulletin, 139*(5), 1036–1061. <https://doi.org/10.1037/a0030923>
- Widiger, Thomas A., Simonsen, Erik (2005). Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a Common Ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(2), 314–321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2022). Mental health data and evidence in the WHO European Region. *World Health Organization*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-4836-44530-64264>
- Yan, Z., Zeng, X., Su, J., & Zhang, X. (2021). The dark side of empathy: Meta-analysis evidence of the relationship between empathy and depression. *PsyCh Journal, 10*(5), 666–678. <https://doi.org/10.1002/pchj.482>
- Yang, Y., Mou, Z., Zhang, L., Ma, S., & Zhao, Z. (2025). The mediating role of the Big Five personality traits in the relationship between self-efficacy and depressive symptoms among Chinese university students. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1540216. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1540216>
- Zhang, M., Wang, S., Wang, Z., Peng, X., Fei, W., Geng, Y., & Zhang, T. (2021). Associations of affective and cognitive empathy with depressive symptoms

among a sample of Chinese college freshmen. *Journal of Affective Disorders*, 292, 652–659. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.111>

## **Anexos**

### **Anexo A: Revisão de literatura**

A presente revisão da literatura tem como objetivo contextualizar e fundamentar teoricamente o estudo sobre a relação entre depressão, empatia e traços de personalidade, explorando ainda o papel potencial destes últimos na dinâmica entre as duas primeiras variáveis. Para tal, serão abordados, em primeiro lugar, os principais conceitos e modelos teóricos relativos à depressão, com especial enfoque na sua conceptualização e nos impactos cognitivos, emocionais e sociais associados. De seguida, será explorado o construto de empatia, destacando as suas dimensões e a forma como se relaciona com a depressão. Posteriormente, serão apresentados os traços de personalidade, com base no modelo proposto pelo *DSM-5*, analisando a sua associação tanto com a depressão como com a empatia. Por fim, serão discutidas as evidências empíricas sobre as relações entre estes conceitos, bem como as hipóteses que sustentam a presente investigação.

#### **Saúde Mental**

A subavaliação da saúde mental constitui um fenómeno amplamente conhecido, pelo que se torna difícil determinar com exatidão os valores correspondentes (Comissão Europeia & Organização Mundial da Saúde, 2023). Segundo a Organização Mundial da Saúde – região europeia, mais de 150 milhões de pessoas vivem com uma condição de saúde mental, sendo que no caso da depressão, apenas uma em cada três recebe o tratamento de que necessita (World Health Organization, 2022).

A depressão representa a principal causa de incapacidade em todo o mundo. De acordo com a Comissão Europeia e Organização Mundial da Saúde (2023), estimou-se que em 2019, 22% da população portuguesa sofria de alguma perturbação psiquiátrica, sendo Portugal um dos países com maior prevalência na Europa. Nesse mesmo ano, estimou-se que mais de 12% da população portuguesa sofria desta perturbação, 16.30% nas mulheres e 7.50% nos homens, sendo a segunda perturbação mais frequente no país. A diferença entre os géneros poderá representar uma combinação de fatores, nomeadamente o estigma interiorizado pelos homens, que dificulta o reconhecimento e procura de ajuda. Em Portugal, o suicídio constitui um problema de saúde pública, registando 0.76% das mortes em 2020. O baixo rendimento parece estar associado a maior probabilidade de sofrer de depressão. Apenas entre 2017-2022 o consumo de

antidepressivos aumentou cerca de 45% em relação aos anos anteriores, refletindo diversos fatores, entre eles um melhor estabelecimento do diagnóstico e maior acessibilidade ao tratamento. No entanto, também reflete a disponibilidade e acesso limitado à psicoterapia face ao número reduzido de psicólogos integrados no SNS.

## **Depressão**

A tristeza constitui uma condição inerente à experiência humana, contudo, quando se manifesta de forma persistente, intensa e acompanhada de alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, pode evoluir para uma perturbação do humor. Estas perturbações, descritas no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014, 2022)*, caracterizam-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, frequentemente acompanhado por alterações emocionais, somáticas e cognitivas que interferem com a funcionalidade do indivíduo.

De acordo com o *DSM-5 (APA, 2014, 2022)*, o diagnóstico de um episódio depressivo major requer a presença de pelo menos cinco sintomas que se manifestem na maior parte do dia e representem uma alteração significativa face ao funcionamento habitual do indivíduo, ao longo de um período mínimo de duas semanas. Entre estes, destaca-se a presença de humor deprimido, frequentemente descrito como sentimentos persistentes de tristeza, vazio ou desesperança e/ou uma acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades. Outros sintomas podem incluir alterações do apetite ou do peso, perturbações do sono (como insónia ou hipersónia), agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, bem como sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva. Podem ainda verificar-se dificuldades de concentração ou de tomada de decisão e, em alguns casos, pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação suicida. É ainda necessário que pelo menos um dos sintomas principais corresponda ao humor deprimido ou perda de interesse/prazer, refletindo a centralidade destas manifestações na perturbação depressiva. Estes devem ser origem de um sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo funcional em domínios como o funcionamento social, ocupacional ou outras áreas relevantes da vida. A gravidade de um episódio pode variar entre leve, moderada ou grave, dependendo da intensidade dos sintomas, da presença de características psicóticas ou da recorrência de episódios (APA, 2014, 2022).

As alterações cognitivas não são exclusivas da perturbação, podendo constituir uma condição pré-existente e atuar como fator de vulnerabilidade, estando igualmente presentes na forma subclínica da perturbação (Gotlib & Joormann, 2010; Schreiter et al., 2013). Tal apoia a associação entre a gravidade da sintomatologia depressiva e a extensão dessas alterações (Gabrys et al., 2018; Joormann & Gotlib, 2010). Além destas alterações cognitivas, a literatura tem destacado a presença de um foco excessivo no próprio, caracterizado por uma atenção autorreferencial aumentada e uma tendência para interpretar experiências e emoções de forma centrada em si próprio (Mor et al., 2010), frequentemente acompanhada por sentimentos de inutilidade, ruminações, anedonia, isolamento e sentimentos de desesperança – sintomas que se associam à ideação suicida e elevada taxa de mortalidade elevada (APA, 2014, 2022).

Do ponto de vista cognitivo, a depressão tem sido amplamente associada a estilos cognitivos negativos, incluindo esquemas disfuncionais e pensamentos automáticos de caráter pessimista (Beck, 1967), bem como à ruminação, entendida como uma tendência para uma focalização repetitiva e passiva nos sintomas e nas suas causas e consequências (Nolen-Hoeksema, 2000). Tendo em consideração a relevância dos processos cognitivos na compreensão da depressão, é importante analisar os modelos explicativos que descrevem o seu funcionamento. Entre estes, destaca-se o Modelo Cognitivo da Depressão de Beck (1967), que propõe que a forma como o indivíduo interpreta e processa a informação desempenha um papel determinante no desenvolvimento e na manutenção da sintomatologia depressiva.

### ***Modelo Cognitivo da Depressão***

Beck (1967) defende que a aquisição e o processamento enviesado da informação têm um papel central na etiologia e na evolução dos episódios depressivos. Além disso, sugere que experiências adversas precoces aumentam a vulnerabilidade à Perturbação Depressiva Major (PDM), favorecendo o desenvolvimento de esquemas congruentes com o humor, que podem ser reativados por eventos negativos. No mesmo ano, o autor publicou o Modelo Cognitivo da Depressão, no qual argumenta que o processamento cognitivo dos indivíduos deprimidos se encontra marcado por distorções que alteram a perceção da realidade, levando-os a focar-se excessivamente em aspetos negativos e a interpretar experiências de forma enviesada e pessimista (Beck, 1976). Estes esquemas conduzem à atribuição de significados negativos e enviesados a acontecimentos

neutros ou ambíguos, geralmente associados a temas de perda, separação, fracasso, inutilidade e rejeição. Quando ativados por eventos stressantes, estes esquemas geram cognições negativas que se manifestam sob forma de pensamentos automáticos. Por sua vez, estes pensamentos refletem crenças centrais e organizam-se em torno da tríade cognitiva, caracterizada por uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro. Como consequência, os indivíduos adquirem representações de memória que os conduzem a percepções e interpretações sobre o ambiente, de forma sistematicamente negativa, contribuindo para a manutenção e intensificação do estado depressivo (Beck, 1967, 1976).

Com a evolução do modelo, Beck (2009) entendeu que o viés de processamento negativo presente nestes indivíduos, também se associa uma maior reatividade a estímulos negativos e menor reatividade a estímulos positivos. Foi com base nesta teoria que desenvolveu um instrumento que avalia os sintomas da depressão, o Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996), um instrumento amplamente utilizado para avaliar sintomas depressivos, posteriormente traduzido para português por (Campos & Gonçalves 2011).

Com base nos pressupostos do Modelo Cognitivo de Beck (1967), diversos estudos têm explorado os mecanismos cognitivos e emocionais envolvidos na depressão, procurando clarificar de que forma estes processos influenciam a experiência e a persistência dos sintomas depressivos.

### ***Processos cognitivos e emocionais na depressão***

Como referido anteriormente, a depressão caracteriza-se pelo aumento da elaboração de material negativo, dificuldades em se desvincular desse conteúdo e por défices no controlo cognitivo durante o processamento. Estes enviesamentos e défices influenciam padrões desadaptativos de desregulação emocional, conferindo vulnerabilidade ao desenvolvimento e manutenção de episódios depressivos (Beck, 1967; Joormann & Gotlib, 2010; Powel 2018; Tully et al 2016).

Muitos dos processos cognitivos (e.g., funcionamento executivo, memória de trabalho) e emocionais (e.g., reconhecimento e compreensão das emoções) são afetados em indivíduos com depressão (Cusi et al 2011). Os défices nas funções atencionais, no controlo executivo e na memória são particularmente salientes (Thoma et al 2011).

Ao nível cognitivo, estes indivíduos apresentam um viés atencional que os leva a ter dificuldades em desviar o foco de atenção de si mesmos ou de estímulos de valência negativa, interferindo com a capacidade de adotar a perspectiva de terceiros e reforçando, conseqüentemente, a adoção da ruminação (Gotlib & Joorman 2010; Liu et al., 2022). Este viés cognitivo aumenta a reatividade emocional, de modo que a exposição seletiva a estímulos negativos intensifica as respostas emocionais mesmo perante eventos menos relevantes (Joorman & Stanton, 2016), sendo possível que se intensifique e contribua para o desenvolvimento e gravidade da perturbação na forma subclínica da depressão (Schreier et al., 2013). Também a memória de trabalho e a interpretação têm sido associadas a estes comprometimentos, existindo igualmente uma preferência por recordação de informação negativa, bem como o favorecimento de interpretações negativas em detrimento de positivas e neutras durante episódios depressivos (Thoma et al., 2011; Whitmer & Gotlib, 2013). Estes enviesamentos em conjunto com défices no funcionamento executivo, como a flexibilidade cognitiva, podem estar associados à capacidade de indivíduos se colocarem na perspectiva dos outros. Tais dificuldades podem fazer com que estes indivíduos interpretem de forma inadequada determinados sinais sociais, resultando em alterações de humor e no funcionamento interpessoal (Cusi et al., 2011; Everaert et al., 2018). Por outro lado, a inibição comprometida parece conduzir ao excesso de comportamentos de cuidado e à responsividade afetiva pessoal em indivíduos deprimidos, o que por sua vez aumenta a sobrecarga emocional (Thoma et al., 2011).

Ao nível afetivo estes indivíduos apresentam défices no reconhecimento de emoções e na regulação emocional (Cusi et al 2011; Powell, 2018). Um indivíduo com depressão e sem uma regulação emocional adequada, exibe um sofrimento pessoal excessivo, esgotamento emocional ou tende a confundir essa dor do outro com a sua (distinção a nível do self-outro) (Decety & Lamm, 2006). A literatura sugere que este efeito se deve à desregulação emocional, que desempenha um papel central na depressão. As dificuldades em aceder a estratégias de regulação emocional adaptativas aumentam o recurso a estratégias menos adaptativas (e.g., ruminação, a supressão e a evitação) conduzindo à sobrecarga emocional, que contribui para o agravamento dos sintomas depressivos (Colonnello et al., 2024; Powell, 2018; Tully et al., 2016). Deste modo, salienta-se a importância do papel positivo das estratégias de regulação emocional adequadas e das funções executivas para os indivíduos na relação entre empatia e depressão (Liu et al., 2022).

Os enviesamentos cognitivos característicos da depressão e as distorções cognitivas associadas acarretam repercussões diretas no domínio social, nomeadamente dificuldades nas relações interpessoais e isolamento social, que constituem alguns dos problemas mais frequentes apresentados por estes indivíduos e refletem limitações nas suas competências sociais (Guhn et al., 2020; Schreiter et al., 2013; Seidel et al., 2010). Neste sentido, compreender o papel das competências sociais na depressão torna-se fundamental.

As competências sociais resultam de processos cognitivos e afetivos, como a regulação emocional. Quando um indivíduo se encontra num estado depressivo, exhibe dificuldades nesses processos, que afetam a sua capacidade de compreender e responder adequadamente às emoções dos outros, aumentando a vulnerabilidade à depressão e comprometendo o bem-estar (Segrin, 2000). Neste contexto, as capacidades empáticas, enquanto componente essencial das competências sociais, assumem particular relevância, uma vez que as suas limitações podem explicar os problemas de funcionamento interpessoal observados na depressão (Guhn et al., 2020; Schreiter et al., 2013). Assim, a empatia pode ajudar a compreender as dificuldades relacionais associadas à sintomatologia depressiva.

## **Empatia**

O ser humano é uma espécie altamente social que recorre a competências linguísticas e sociais para inferir estados mentais (Singer & Kimecki, 2014). Assim, a empatia consiste numa competência social humana fundamental para uma interação social bem-sucedida (Melchers et al., 2016).

A empatia constitui um conceito complexo e multifacetado, cuja definição tem variado ao longo da literatura. Trata-se de um fenómeno multidimensional e supra-ordenado, descrito como um “guarda-chuva” que abrange diversos processos, a maioria deles familiares (Batson, 2009) (e.g., tomada de perspetiva, teoria da mente, preocupação empática, contágio emocional, simpatia, compaixão, angústia pessoal, mimetismo...). Independentemente da terminologia, existe um amplo consenso sobre as principais componentes funcionais da empatia: (1) a capacidade cognitiva para adotar perspetiva do outro, e (2) a resposta afetiva à experiência do outro (Batson, 1991; Davis, 1983). Modelos mais recentes acrescentam ainda uma componente regulatória, necessária para

distinguir self–outro e moldar a resposta emocional (Decety & Jackson, 2004). Em termos simples, a empatia não surge isolada e encontra-se relacionada com a forma como o indivíduo sente, processa e regula as suas emoções. Deste modo, a empatia pode ser definida como a capacidade de compreender e partilhar os estados emocionais dos outros, integrando componentes afetivas, cognitivas (Davis, 1983; Schreier et al., 2013) e regulatórias (Decety & Jackson, 2004; Decety & Lamm, 2006).

De modo geral, subsistem principalmente dois conceitos de empatia, um como forma de compreender o afeto experienciado pelo outro e outro como um processo social-cognitivo (Davis, 1983; Preston et al., 2020; Wispé, 1986).

### ***Empatia afetiva e empatia cognitiva***

A empatia pode ser concetualizada em duas dimensões principais, a empatia afetiva, uma resposta automática que consiste na capacidade de partilhar e experienciar o estado emocional dos outros, que se aproxima do estereótipo cultural de empatia (Guhn et al., 2020; Schreier et al., 2013). Esta dimensão traduz-se na capacidade de o ser humano sentir desconforto ou compaixão pelo sofrimento de terceiros, surgindo frequentemente o desejo de ajudar e adotar comportamentos pró-sociais. Apesar de este processo suscitar preocupação empática no outro e conduzir a comportamentos altruístas, pode também constituir uma fonte de angústia pessoal. Quando confrontados com uma situação stressante vivida por outro indivíduo, podem imaginar como reagiriam em circunstâncias semelhantes, revivendo a dor emocional experienciada numa situação passada. Neste contexto, os comportamentos de ajuda podem ter como motivação a redução do próprio desconforto e estar relacionados com formas indiretas de egoísmo (Batson, 1991, 2009). Assim, a empatia nem sempre origina comportamentos pró-sociais (Decety & Lamm, 2006).

No entanto, a empatia não se limita à experiência afetiva. A empatia cognitiva é definida como a capacidade de reconhecer e compreender estados mentais e emocionais dos outros sem reagir emocionalmente (Davis, 1983; Decety & Lamm, 2006; Martigano et al., 2022). Ambas as dimensões são moduladas por mecanismos de regulação emocional, que permitem distinguir os estados próprios dos estados alheios, evitando sobrecarga afetiva e promovendo respostas adaptativas (Decety & Jackson, 2004).

### ***Modelo predominante do estudo da empatia***

Davis (1980, 1983, 1996), concebe a empatia como um conceito multidimensional que integra processos cognitivos e afetivos. Trata-se de uma competência social e interpessoal, composta por um conjunto de dimensões envolvidas na resposta de um indivíduo às experiências de outro. O autor defende que a empatia deve ser avaliada distinguindo as componentes cognitivas – como a de tomada de perspectiva – e afetivas – como a reatividade emocional – dada a sua contribuição independente, mas simultaneamente interativa. Ou seja a empatia não constitui apenas um processo cognitivo, nem apenas um processo afetivo, mas uma resposta complexa que integra componentes cognitivas, afetivas e comportamentais (Davis, 1980, 1996).

No âmbito deste modelo, Davis (1983) operacionalizou a empatia através de quatro dimensões avaliadas pelo *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, que refletem diferentes componentes cognitivas e afetivas da empatia:

A Tomada de Perspectiva consiste na capacidade de considerar e compreender os pontos de vista dos outros, promovendo uma adaptação eficaz na resolução de problemas interpessoais (Davis 1980, 1983, 1996). Esta dimensão encontra-se associada à vertente cognitiva da empatia e a um menor envolvimento emocional (Davis, 1983). Competências de tomada de perspectiva bem desenvolvidas permitem a superação do egocentrismo habitual e o ajuste dos comportamentos às expectativas sociais (Davis, 1996). E a dimensão Fantasia, inicialmente também de natureza cognitiva, corresponde à tendência a identificar-se e a envolver-se imaginativamente com personagens fictícias de filmes ou outras narrativas (Davis, 1983).

As dimensões afetivas correspondem à Preocupação Empática, caracterizada por uma resposta orientada para o outro, com sentimentos de compaixão, afeto e preocupação que refletem uma orientação altruísta, e ao Desconforto Pessoal, que se traduz na resposta orientada para o próprio e envolve sentimentos de ansiedade e desconforto perante o sofrimento ou experiências negativas de outros indivíduos (Davis, 1983). Níveis elevados desta dimensão associam-se a uma reatividade emocional e dificuldades na regulação emocional, tornando-os mais suscetíveis a experiências de excitação excessiva e stress (Batson, 2009).

Em 1996, Davis propôs no seu modelo a existência de quatro elementos que podem interferir no processo empático: (1) antecedentes, referentes às características do

observador, alvo ou situação, (2) processos, os mecanismos que produzem o resultado empático, (3) resultados intrapessoais, que incluem respostas cognitivas e afetivas, e (4) resultados interpessoais, como as respostas comportamentais dirigidas ao alvo.

As características individuais desempenham um papel central neste modelo, destacando-se a capacidade cognitiva de assumir diferentes perspectivas e a sensibilidade afetiva para experienciar emoções em resposta ao estado emocional dos outros. Estas capacidades estão associadas à história de vida, às aprendizagens e à socialização prévias, sendo conceptualizadas como variáveis pessoais, uma vez que representam características relativamente estáveis que influenciam a probabilidade de experienciar empatia. A exposição ao sofrimento do outro pode originar respostas empáticas de natureza cognitiva ou afetiva (resultados intrapessoais) que, por sua vez, conduzem a respostas interpessoais, expressas através de comportamentos dirigidos ao alvo. Assim, neste modelo, os comportamentos de ajuda são entendidos como resultado da interação entre os componentes cognitivos e afetivos da empatia (Davis, 1996).

De forma congruente com o modelo, existe um consenso de que a empatia envolve aspetos emocionais e cognitivos que podem ser afetados de forma distinta. Deste modo os clínicos estudam frequentemente as alterações da empatia em perturbações psicopatológicas e neurológicas. No contexto das perturbações mentais, a ausência de empatia conduz à tentativa de identificação dos processos comprometidos: défices motivacionais, cognitivos, executivos ou de regulação emocional que podem constituir fatores que dificultam o processo empático (Preston et al., 2020), como é o caso da depressão.

### ***Relação entre a empatia e a depressão***

A investigação tem-se dedicado a aprofundar a relação entre a empatia e a depressão, procurando compreender de que forma as alterações empáticas influenciam o funcionamento social e emocional destes indivíduos. A literatura sugere que pessoas com depressão tendem a apresentar alterações empáticas, o que contribui para um pior funcionamento social (Guhn et al., 2020). Adicionalmente, esta relação parece ser bidirecional: a depressão pode comprometer as competências sociais, enquanto dificuldades nesse domínio podem constituir um fator de vulnerabilidade (Segrin, 2000), sobretudo em pessoas com sintomas subclínicos (Schreier et al., 2013).

A maioria dos estudos apoia a relação direta entre a gravidade da sintomatologia depressiva e os níveis de empatia afetiva, particularmente na dimensão Desconforto Pessoal (e.g., Guhn et al., 2020; Hülsemann et al., 2024; Li et al., 2022; Müller et al., 2024; O'Connor et al., 2002; Powell, 2018; Schreiter et al., 2013; Thoma et al., 2011; Tully et al., 2016; Zhang et al., 2021). De modo geral, quanto maior a sintomatologia depressiva, maiores tendem a ser os níveis de Desconforto Pessoal. Estes resultados têm sido associados a enviesamentos cognitivos característicos da depressão, como o autofoco e o viés atencional (Mor et al., 2010), que levam os indivíduos a experienciar desconforto perante o sofrimento alheio e apresentam dificuldades em gerir as suas emoções de forma construtiva (Cusi et al., 2011; Schreiter et al., 2013). Assim, indivíduos com depressão tendem a experienciar reações emocionais amplificadas ou, pelo contrário, um embotamento afetivo, o que contribui para o isolamento social (Guhn et al., 2020; Seidel et al., 2010).

A dimensão Desconforto Pessoal parece ser a que apresenta associações mais fortes com a depressão (Li et al., 2022) e sintomas subjacentes (e.g., agitação ou atraso psicomotor, humor triste, dificuldade de concentração e sentimentos de culpa). Encontra-se ainda relacionada com menor bem-estar e pode constituir um fator de risco ou vulnerabilidade para a depressão (Schreiter et al., 2013). Uma vez que a capacidade de gerir adequadamente as emoções desempenha um papel central na forma como os indivíduos respondem ao sofrimento alheio, a literatura sugere que elevados níveis de Desconforto Pessoal estão relacionados com as dificuldades de regulação emocional (Liu et al., 2022; Powell, 2018). Estas dificuldades influenciam os níveis das diferentes dimensões de empatia em função do uso de estratégias de regulação emocional adaptativas ou não adaptativas (Colonello et al., 2024).

Ao nível da Preocupação Empática alguns autores não encontraram associação significativa entre a dimensão e a depressão, sustentando que as dificuldades empáticas decorrem de dificuldades de regulação emocional e na interpretação e não uma ausência de compaixão, de modo que se mantém preservada (Guhn et al., 2020; Hülsemann et al., 2025; Schreiter et al., 2013). No entanto, outros estudos reportaram níveis reduzidos de Preocupação Empática em indivíduos com sintomatologia depressiva elevada, associando-os a dificuldades de perceção (Cusi et al., 2011) e de regulação emocional (Tully et al., 2016). Contudo, estas alterações podem coexistir com um aumento do autofoco e do Desconforto Pessoal (Schreiter et al., 2013). Uma possível explicação

reside nas diferenças individuais na forma como as emoções são processadas e reguladas. Tully e colaboradores (2016) verificaram que a Preocupação Empática se associa à depressão apenas quando combinada com desregulação emocional. Assim, a relação entre Preocupação Empática e depressão poderá depender das capacidades de regulação emocional, dado que défices neste domínio tendem a revelar maior dificuldade em processar adequadamente as emoções dos outros (Powell, 2018; Tully et al., 2016).

Na dimensão cognitiva nem todos os autores encontraram relações significativas, no entanto, alguns estudos identificaram correlações negativas entre a depressão e empatia cognitiva (Powell, 2018), nomeadamente uma menor Tomada de Perspetiva associada à gravidade da sintomatologia depressiva (Cusi et al., 2011; Liu et al., 2022; Schreiter et al., 2013; Thoma et al., 2011; Tully et al., 2016; Zhang et al., 2021). Estas alterações na Tomada de Perspetiva podem estar relacionadas com a tendência dos indivíduos com depressão para uma atenção excessiva à informação autorreferente (Thoma et al., 2011). Cusi e colaboradores (2011), revelaram que a redução da capacidade de tomada de perspetiva acompanha a ocorrência de episódios depressivos, podendo ser mediada por défices no funcionamento executivo e outros processos cognitivos. Este resultado sugere uma deterioração gradual da tomada de perspetiva ao longo da doença. Deste modo, as alterações nas competências de tomada de perspetiva podem levar a interpretações inadequadas de sinais sociais, resultando em alterações do humor e no funcionamento interpessoal, podendo ainda representar um fator de risco para um maior agravamento da perturbação.

Por fim, a dimensão de Fantasia não tem apresentado efeitos significativos sobre a depressão (Li et al., 2022; Tully et al., 2016). Schreiter e colaboradores (2013) salientaram que tal poderá refletir tanto uma capacidade imaginativa preservada, como uma estratégia de fuga emocional associada à ruminação.

A literatura tem procurado compreender as discrepâncias encontradas entre os estudos. Cusi e colegas (2011) sugerem que as alterações empáticas observadas na depressão não constituem uma característica estável da pessoa (traço), mas antes um marcador de estado. Isto significa que a empatia, sobretudo na sua componente cognitiva, pode variar em função da fase da doença, em vez de representar um défice permanente. Esta perspetiva é apoiada por Müller e colaboradores (2024), que observaram que, à medida que os indivíduos recuperavam, embora o Desconforto Pessoal se mantivesse, a

Preocupação Empática diminuída, sugerindo que a redução dos sintomas depressivos poderá acompanhar uma diminuição dessa dimensão.

De modo geral, os estudos têm apresentado padrões consistentes tanto em populações clínicas como comunitárias. Como seria expectável, indivíduos com depressão clínica apresentam pontuações mais elevadas de sintomatologia depressiva, no entanto, associações semelhantes entre empatia e depressão foram também observadas em participantes com sintomas subclínicos, ainda que com menor intensidade (O'Connor et al., 2002; Schreier et al., 2013; Shamay-Tsoory et al., 2009). Estes resultados sugerem que as dificuldades empáticas podem estar presentes num contínuo de gravidade da sintomatologia depressiva.

Apesar da consistência no padrão da relação entre estas variáveis, nem todos os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam o mesmo perfil empático, sugerindo que mecanismos adicionais e ainda inexplorados, para além da regulação emocional, podem contribuir para essa variabilidade. De facto, alguns estudos revelam que a relação entre a empatia afetiva (Desconforto pessoal e Preocupação Empática) e cognitiva (Tomada de Perspetiva) e a sintomatologia depressiva pode não ser linear, sendo influenciada por mecanismos de regulação emocional (Tully et al., 2016) e por processos cognitivos (Colonnello et al., 2024; Liu et al., 2022; Powell, 2018; Thoma et al., 2011).

Entre os mecanismos ainda pouco explorados, destacam-se as diferenças individuais, mencionadas por Davis (1983), que correspondem a características relativamente estáveis do indivíduo e influenciam a propensão para experienciar empatia. Neste sentido, a variabilidade observada pode dever-se a diferenças de personalidade, que constituem em fatores disposicionais e relativamente estáveis, que moldando a forma como as pessoas experienciam, regulam as emoções (APA, 2014, 2022; Mischel, 2009; Vittengl et al., 2023), bem como a sua tendência para compreender e responder às emoções dos outros (Davis, 1983). Assim, a compreensão da relação entre empatia e depressão poderá beneficiar de uma análise que inclua os traços de personalidade enquanto fatores disposicionais que influenciam estas dinâmicas.

## **Personalidade**

O papel do funcionamento da personalidade na saúde mental, representa um tema relevante uma vez que existe uma associação forte entre determinados padrões de

traços com áreas de disfunção clinicamente significativas e presentes numa variedade de perturbações mentais (Lengel et al., 2016).

A psicologia da personalidade procura compreender a personalidade e o comportamento humano de forma empiricamente fundamentada. Embora não seja possível observar diretamente certos processos internos, é possível inferi-los a partir de padrões consistentes de comportamento (Mischel, 1968, 1996). A personalidade é entendida como um conjunto relativamente estável de formas de perceber, relacionar e pensar acerca de si próprio e do mundo. Assim, as dificuldades no funcionamento da personalidade e os traços patológicos podem manifestar-se de diferentes formas nos diversos contextos pessoais e sociais. Recentemente, tem surgido evidência de que a personalidade funciona como um continuum entre o saudável e o patológico (APA, 2014, 2022; Krueger et al., 2012).

O funcionamento de um indivíduo refere-se à forma como este vivencia o eu (identidade e auto-direção) e as relações que estabelece com os outros (empatia e intimidade) (APA, 2014, 2022; Pires et al., 2017). Para que o funcionamento e a adaptação sejam adequados, importa considerar as características associadas à forma de pensar sobre si próprio, sobre os outros e sobre as suas interações, como é o caso dos traços de personalidade. Os traços de personalidade, constituem diferenças individuais e disposições relativamente estáveis de como a pessoa sente, pensa, compreende e se comporta em determinadas situações, refletindo, por sua vez, as histórias psicossociais e biológicas dos indivíduos (APA, 2014, 2022; Mischel, 2009; Vittengl et al., 2023). Um traço refere-se às diferenças entre o comportamento ou características observáveis de um indivíduo numa determinada dimensão, ou seja, constitui um rótulo resumido para as diferenças individuais estáveis observadas no comportamento (Mischel, 1968, 1996). Os traços de personalidade estão presentes em todos os indivíduos, diferindo entre si quanto ao nível, expressão e adaptabilidade.

### ***Modelo do estudo dos traços de personalidade***

Ao longo do tempo, foram desenvolvidos diversos modelos para compreender os traços de personalidade. Widiger e Simonsen (2005) estabeleceram uma ligação direta entre as perturbações da personalidade e o modelo dos Cinco Grandes (*Five-Factor Model*; FFM; Costa & McCrae, 1992), no entanto, defendem que estas perturbações

poderiam ser melhor compreendidas como extremos dos traços de personalidade normais, sugerindo, assim, a integração de traços normativos e mal-adaptativos. Neste sentido, Krueger e colaboradores (2012) focaram-se na identificação e operacionalização de dimensões específicas de personalidade desadaptativa. Neste sentido, as perturbações da personalidade são entendidas como configurações de traços mal-adaptativos que resultam em sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes para o funcionamento (APA, 2014, 2022).

Krueger e colaboradores (2012) propuseram formalmente o Modelo Alternativo dos Traços de Personalidade do *DSM-5* (MA), que representa os extremos desadaptativos do FFM. A validação empírica subsequente reforçou a robustez do modelo e respetivo instrumento PID-5 (Krueger et al., 2014), tornando-o uma das abordagens mais utilizadas no campo. Deste modo, o *DSM-5* integrou na Seção III o MA, baseado num sistema dimensional de traços de personalidade mal-adaptativos (APA, 2014, 2022). Este modelo organiza cinco domínios de ordem superior e respetivas facetas desadaptativas, que se integram hierarquicamente e se associam a défices no funcionamento: Afetividade Negativa (experiências emocionais negativas, ansiedade, depressão, instabilidade); Desligamento (distanciamento emocional e social, anedonia, evitação); Antagonismo (hostilidade, manipulação, grandiosidade, insensibilidade); Desinibição (impulsividade, irresponsabilidade, busca de gratificação imediata); Psicoticismo (excentricidade, crenças e percepções bizarras) (Krueger et al., 2012; APA, 2014, 2022).

De modo a corroborar a continuidade patológica dos traços do MA, a partir do FFM, diversos estudos têm operacionalizado e comparado ambos os modelos, tendo sido observadas correlações consistentes entre dimensões mal-adaptativas e os traços normais de personalidade. Especificamente, Afetividade Negativa, Desligamento, Antagonismo e Desinibição correspondem, respetivamente, aos extremos de Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade descritos no FFM (Al-Dajani et al., 2016; Krueger & Markon, 2014; Skodol et al., 2011; Pires et al., 2017; Pires et al., 2018a). Estas dimensões, sobretudo a Afetividade Negativa e o Desligamento encontram-se associadas a sintomas internalizantes (como é o caso da depressão) e a Desinibição e o Antagonismo com sintomas externalizantes (Maples et al., 2015; Sleep et al., 2017). De modo geral, as investigações apoiam a estrutura hierárquica destes traços e a convergência dos modelos que lhes subjazem, bem como a sua natureza contínua entre o normal e o patológico, sustentado a ideia de que os traços patológicos representam extremos de traços normais

de personalidade (Al-Dajani et al., 2016; APA, 2014, 2022; Klein, 2011; Krueger et al., 2012, 2014; Markon et al., 2005; Morey et al., 2013; Pires et al., 2017; Pires et al., 2018a; Skodol et al., 2011).

A continuidade teórica entre traços e sintomas reforça a pertinência do MA, uma vez que este conceptualiza os traços patológicos como extremos de dimensões de funcionamento normal, captando assim variações individuais relevantes mesmo em populações comunitárias (Gonçalves et al., 2022; Pires et al., 2018b). De modo a entender melhor os cinco traços do Modelo Alternativo da Personalidade para o *DSM-5* é apresentada abaixo, a Tabela 3.

**Tabela 3.**

Os Cinco Traços do Modelo Alternativo do *DSM-5*

<b>Traço de personalidade (PID-5)</b>	<b>Definição</b>	<b>Características principais Facetas</b>
<b>Afetividade Negativa</b>	Tendência a experienciar emoções negativas intensas e instabilidade emocional.	Ansiedade, insegurança, medo, vulnerabilidade, irritabilidade e pessimismo.
<b>Desligamento</b>	Evitamento emocional e social, com redução do interesse e prazer nas interações interpessoais.	Frieza emocional, isolamento, retraimento social, anedonia, apatia.
<b>Antagonismo</b>	Comportamento contrário à cooperação e à preocupação com os outros; tendência ao egocentrismo	Arrogância, insensibilidade, hostilidade, manipulação, falta de empatia.
<b>Desinibição</b>	Dificuldade em controlar impulsos, comportamentos ou planeamento a longo prazo.	Impulsividade, irresponsabilidade, busca de sensações, desorganização.

---

<b>Psicoticismo</b>	Tendência a experiências perceptivas e cognitivas excêntricas ou incomuns.	Pensamento mágico, fantasia, distorções perceptivas, excentricidade.
---------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

---

Dado que os traços de personalidade representam padrões relativamente estáveis de funcionamento emocional, cognitivo e interpessoal (Krueger & Markon, 2014) é expectável que estes influenciem a forma como o indivíduo experiencia e regula os seus estados afetivos. A depressão não é uma condição homogénea, mas antes um conjunto de fenómenos clínicos e emocionais com múltiplas manifestações (APA, 2014, 2022). Os diferentes subtipos e perfis depressivos apresentam padrões distintos de reatividade emocional, cognitiva e interpessoal. Assim, determinados traços podem contribuir para uma maior vulnerabilidade a perturbações do humor, nomeadamente a depressão e a sua expressão.

### ***Relação entre os traços de personalidade e a depressão***

A evidência tem demonstrado que os traços de personalidade estão fortemente associados à depressão, sendo a sua compreensão fundamental para clarificar a etiologia e a comorbilidade, bem como para identificar indivíduos em risco e orientar intervenções terapêuticas mais eficazes. Diversos modelos têm sido propostos para explicar esta relação: alguns defendem que a personalidade e a depressão partilham influências causais comuns, enquanto outros propõem uma relação causal num ou noutro sentido (Klein et al., 2011). As perspetivas que recebem maior suporte situam ambas no mesmo contínuo, sugerindo ligações específicas entre certos traços e a depressão (Gonçalves et al., 2022).

A relação entre a personalidade e a depressão tem sido amplamente debatida. A chamada Perturbação da Personalidade Depressiva chegou a ser incluída no apêndice do *DSM-IV* como proposta para investigação futura (APA, 2000), mas acabou por não ser integrada no *DSM-5* (APA, 2014), devido à sobreposição entre as suas características e os sintomas da Perturbação Depressiva Major (Gonçalves et al., 2022). De facto, não parece adequado considerar a Perturbação Depressiva da Personalidade como uma entidade completamente distinta da depressão clínica. Em vez disso, sintomas depressivos e traços depressivos de personalidade parecem situar-se no mesmo contínuo, no qual os

traços funcionam como uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações depressivas (Klein et al., 2011).

Estudos têm demonstrado que as pontuações obtidas em instrumentos de avaliação da depressão se relacionam com os traços do MA (Sleep et al., 2017). De forma consistente, a sintomatologia depressiva tem sido associada sobretudo a níveis elevados de Afetividade Negativa (Hopwood et al., 2012; Klein, 2011; Sleep et al., 2017) e de Desligamento, enquanto a Desinibição e o Psicoticismo apresentam associações mais fracas e o Antagonismo revela uma relação muito ténue com a depressão (Gonçalves et al., 2022; Vittengl et al., 2023).

Ao analisarem as facetas Gonçalves e colaboradores (2022) observaram que as dimensões Afetividade Negativa e Desligamento foram as que mais se associaram e apresentaram maior poder preditivo sobre as suas pontuações. A “personalidade depressiva” pode corresponder à expressão de um estado depressivo prolongado ou, a traços estáveis de personalidade que persistem fora dos episódios, antecedendo e influenciando a ocorrência da depressão. Esta perspetiva de continuidade é reforçada pela análise de facetas específicas, como depressividade e anedonia (dimensão Afetividade Negativa), que se revelaram mais informativas para compreender a relação entre personalidade e psicopatologia do que a observação apenas dos domínios gerais. De acordo com os autores, sintomas de depressão e traços mal-adaptativos podem refletir uma base psicológica comum, expressando-se tanto em manifestações clínicas de depressão como em traços estáveis de personalidade. Em conformidade com a literatura (e.g., Klein et al., 2011; Krueger et al., 2012) estes resultados reforçam a hipótese de que os traços patológicos representam formas extremas de características normais de personalidade e que os sintomas depressivos podem ser entendidos como a manifestação da intensificação de determinados traços, sendo este um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão. Assim, a análise centrada nos traços de personalidade revela que a Afetividade Negativa constitui um fator de risco para a ocorrência de sintomatologia depressiva – quanto maiores os níveis deste traço, maior a probabilidade de desenvolver a perturbação (APA, 2014, 2022).

Recentemente, Vittengl e colaboradores (2023) analisaram o funcionamento interpessoal associado aos traços de personalidade, verificando que este tende a estar significativamente comprometido em indivíduos com sintomatologia depressiva. Essa disfunção incluía dificuldades em iniciar e manter relações sociais positivas, redução de

comportamentos pró-sociais e cooperativos, menor empatia e menos comportamentos de cuidado. Esta perspectiva pode contribuir para compreender de que modo as diferenças individuais nos traços de personalidade podem influenciar também a forma como o indivíduo experiencia e manifesta empatia. Assim, as dificuldades empáticas e de funcionamento interpessoal podem constituir um ponto de intersecção entre traços de personalidade disfuncionais e a sintomatologia depressiva (Hopwood et al., 2013). Deste modo, é plausível que diferenças individuais na empatia resultem de variações mais amplas no modo como as pessoas experienciam e regulam as suas emoções, sendo estas variações influenciadas pelos mesmos traços de personalidade que se associam à sintomatologia depressiva.

### ***Relação entre os traços de personalidade e a empatia***

Uma vez que os traços de personalidade constituem características pessoais e interpessoais, é natural que estejam associados à empatia. O FFM, tem-se debruçado sobre a relação entre personalidade e empatia, bem como entre personalidade e sintomas depressivos (e.g., Barrio et al., 2004; Bobić et al., 2021; Guilera et al., 2019; Jourdy & Petot, 2017; Park & Lee, 2020). A empatia enquanto característica disposicional, tem sido consistentemente associada a traços de personalidade. Contudo, ao contrário do FFM, a investigação sobre os domínios do MA é limitada pelo seu recente desenvolvimento. Ainda assim, estudos recentes sugerem que a literatura científica existente com base no FFM pode ser, em grande medida, generalizada para os domínios do MA (Sleep et al., 2017).

Relativamente aos traços do MA, os estudos que investigam a sua relação com a empatia ainda são escassos. Fossati e colaboradores (2017) observaram que a Afetividade Negativa se relacionou com défices mais acentuados nas dimensões da cognição social, enquanto a Desinibição, o Antagonismo e o Desligamento se associaram, respetivamente, a dificuldades na compreensão de interações complexas, na inferência de estados mentais e na adoção da perspectiva do outro. De forma semelhante Costa e colaboradores (2018) investigaram a relação entre os traços de personalidade patológicos e a capacidade de reconhecer estados emocionais nos outros (enquadrada na empatia cognitiva). Os autores verificaram que níveis mais elevados de Desligamento, Afetividade Negativa e Antagonismo se associam a dificuldades nesta capacidade, sugerindo défices

na empatia cognitiva, comprometendo a compreensão e a sensibilidade às emoções alheias. Esta relação revelou-se mais forte e consistente para o Antagonismo.

Recentemente investigações como a de Hülsemann e colaboradores (2025) têm reforçado a ligação entre a empatia e os traços de personalidade, particularmente no domínio da Afetividade Negativa. Os autores demonstraram que a dimensão Desconforto Pessoal se associa positivamente à Afetividade Negativa e sintomatologia depressiva, enquanto a empatia cognitiva, especialmente a Tomada de Perspetiva exerce um efeito protetor. Estes resultados reforçam a ideia de que a empatia não constitui um processo unidimensional, podendo refletir tanto vulnerabilidade quanto resiliência emocional, dependendo da interação entre as suas componentes afetiva e cognitiva.

Embora a maioria dos estudos evidencie associações diretas entre personalidade, empatia e depressão, a natureza exata dessas relações revela-se complexa. Alguns autores propõem que estas variáveis se relacionam de forma aditiva ou mediada, sugerindo que a empatia pode explicar parcialmente o impacto dos traços de personalidade na sintomatologia depressiva (Strohmaier et al., 2024). Contudo, podem ser os traços de personalidade a influenciar esta dinâmica, moldando a forma como os indivíduos experienciam e expressam empatia perante os outros.

A literatura sobre empatia (Davis, 1983) indica que as diferentes dimensões empáticas se relacionam de forma distinta com processos emocionais, enquanto perspetivas da personalidade (Hopwood et al., 2013) sugerem que os traços de personalidade moldam os padrões relacionais e emocionais dos indivíduos. Este enquadramento sugere que o impacto da depressão sobre o funcionamento interpessoal não é estável, mas varia em função de características individuais, como os traços de personalidade. Embora estes não determinem todos os comportamentos em todos os contextos, é plausível que determinados traços, como a Afetividade Negativa, moderem a relação entre depressão e empatia, influenciando a força ou direção dessa associação. Tal evidencia a importância de considerar, de forma integrada os traços estáveis de personalidade e as dinâmicas contextuais e emocionais na compreensão desta relação.

## **Anexo B: Consentimento Informado**

### **Consentimento informado**

“Este estudo pretende perceber como as pessoas se sentem relativamente a si mesmas e aos outros. Para este efeito, pedimos que responda a um conjunto de questões.

A participação no mesmo conta ainda com um conjunto de questões sobre dados sociodemográficos (idade, género, escolaridade, histórico psiquiátrico passado, atual e tratamento, outros diagnósticos psiquiátricos ou neurológicos).

**Riscos e potenciais desconfortos:** O preenchimento dos questionários não causa riscos significativos.

**Benefícios:** Não existem benefícios diretos para quem participa neste estudo. No entanto, os resultados desta investigação podem contribuir para uma melhor compreensão da depressão e para o desenvolvimento de melhores intervenções de apoio.

**Participação Voluntária:** A participação é totalmente voluntária. O/a participante pode desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificação.

**Confidencialidade e Anonimato:** Todos os dados serão confidenciais, anónimos e utilizados apenas para fins científicos. Nenhuma informação pessoal será divulgada e a resposta ou recusa de participação não interferirá de modo algum com o tratamento.

**Destino dos Dados:** Os dados recolhidos serão armazenados de forma segura de acordo com os requisitos legais. Caso o estudo seja publicado, nenhum participante será identificado.

O preenchimento leva um total de 15-20 minutos.

Li e compreendi o conteúdo deste documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a investigador/a. Declaro que tive tempo para refletir sobre a minha decisão de participar neste estudo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Declaro que aceito participar neste estudo, e que tomo a minha decisão de forma informada, livre e esclarecida e que permito a utilização dos meus dados para esta investigação, com as garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pelo investigador/a.”

**Anexo C: Tabelas de frequências e estatísticas descritivas das variáveis, Idade  
Gênero, Habilitações literárias, diagnóstico e acompanhamento**

**Tabela 4.**

Estatística descritiva da variável idade

Estatística Descritiva	
	Idade
N	220
Omisso	6
Média	39.3136
Desvio-padrão	14.9662
Mínimo	18.0000
Máximo	81.0000

**Tabela 5.**

Frequência variável gênero

Frequências de G_nero			
G_nero	Contadores	% do Total	% acumulada
Homem	52	23.64%	23.64%
Mulher	167	75.91%	99.55%
Não binário	1	0.45%	100.00%

**Tabela 6.**

Frequência variável habilitações literárias

Frequências de Escolaridade			
Escolaridade	Contadores	% do Total	% acumulada
9º ano	6	2.73%	2.73%
12º ano	48	21.82%	24.55%
Curso técnico	10	4.55%	29.09%
Bacharelato	8	3.64%	32.73%
Licenciatura	113	51.36%	84.09%
Mestrado	32	14.55%	98.64%
Doutoramento	3	1.36%	100.00%

**Tabela 7.**

Frequência diagnóstico anterior e atual

Frequências de Diagn_anterior			
Diagn_anterior	Contadores	% do Total	% acumulada
Sim	59	26.82 %	26.82 %
Não	161	73.18 %	100.00 %

Frequências de Diagn_atual			
Diagn_atual	Contadores	% do Total	% acumulada
Sim	22	10.00 %	10.00 %
Não	198	90.00 %	100.00 %

**Tabela 8.**

Frequência acompanhamentos: psiquiátrico, psicológico, outros e nenhum

Frequências de Acomp_psiq			
Acomp_psiq	Contadores	% do Total	% acumulada
Sim	21	9.55 %	9.55 %
Não	199	90.45 %	100.00 %

Frequências de Acomp_psi			
Acomp_psi	Contadores	% do Total	% acumulada
Sim	30	13.64 %	13.64 %
Não	190	86.36 %	100.00 %

Frequências de Acomp_outros			
Acomp_outros	Contadores	% do Total	% acumulada
Sim	16	7.27 %	7.27 %
Não	204	92.73 %	100.00 %

Frequências de Acomp_nenhum			
Acomp_nenhum	Contadores	% do Total	% acumulada
Nenhum	160	72.73 %	72.73 %
Tenho	60	27.27 %	100.00 %

## Anexo D: Análise descritiva das dimensões

**Tabela 9.**

Análise descritiva das dimensões do IRI

Estatística Descritiva				
	IRI_TP	IRI_DP	IRI_PE	IRI_F
N	220	220	220	220
Omisso	6	6	6	6
Média	2.46	1.58	2.67	2.15
Mediana	2.33	1.67	2.67	2.17
Desvio-padrão	0.694	0.587	0.665	0.719
Mínimo	0.667	0.00	0.833	0.00
Máximo	4.00	3.17	4.00	4.00
Assimetria	0.134	-0.129	-0.109	0.122
Erro-padrão da Assimetria	0.164	0.164	0.164	0.164
Curtose	-0.00393	0.136	-0.284	0.171
Erro-padrão da Curtose	0.327	0.327	0.327	0.327
W de Shapiro-Wilk	0.980	0.987	0.984	0.989
p Shapiro-Wilk	0.003	0.041	0.012	0.100

**Tabela 10.**

Análise descritiva do BDI-II

Estatística Descritiva	
	BDI_TOTAL
N	220
Omisso	6
Média	0.570
Mediana	0.476
Desvio-padrão	0.423
Mínimo	0.00
Máximo	2.05
Assimetria	1.36
Erro-padrão da Assimetria	0.164
Curtose	2.01
Erro-padrão da Curtose	0.327

## Tabela 11.

### Análise descritiva do PID-5

Estatística Descritiva					
	PID_AN	PID_DESG	PID_A	PID_DESN	PID_P
N	220	220	220	220	220
Omisso	6	6	6	6	6
Média	1.40	0.795	0.509	0.775	0.723
Mediana	1.40	0.800	0.400	0.600	0.600
Desvio-padrão	0.684	0.584	0.491	0.574	0.650
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	3.00	2.80	2.60	2.40	2.80
Assimetria	-0.0340	0.543	1.25	0.618	0.808
Erro-padrão da Assimetria	0.164	0.164	0.164	0.164	0.164
Curtose	-0.585	-0.294	1.88	-0.283	-0.141
Erro-padrão da Curtose	0.327	0.327	0.327	0.327	0.327
W de Shapiro-Wilk	0.982	0.946	0.875	0.942	0.902
p Shapiro-Wilk	0.008	<.001	<.001	<.001	<.001

## Anexo E: Análise da normalidade das escalas e dimensões

**Tabela 12.**

Teste da normalidade Tomada de Perspetiva

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IRI_TP	.090	220	<.001	.980	220	.003

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 13.**

Teste da normalidade Preocupação Empática

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IRI_PE	.075	220	.004	.984	220	.012

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 14.**

Teste da normalidade Desconforto Pessoal

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IRI_DP	.071	220	.009	.987	220	.041

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 15.**

Teste da normalidade Fantasia

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IRI_F	.082	220	<.001	.989	220	.100

a. Lilliefors Significance Correction

### Tabela 16.

Teste da normalidade BDI-II

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI_TOTAL	.127	220	<.001	.890	220	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tabela 17.

Teste da normalidade dimensão Afetividade Negativa

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PID_AN	.076	220	.004	.982	220	.008

a. Lilliefors Significance Correction

### Tabela 18.

Teste da normalidade da dimensão Desligamento

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PID_DESG	.128	220	<.001	.946	220	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

### Tabela 19.

Teste da normalidade da dimensão Antagonismo

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PID_A	.165	220	<.001	.875	220	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 20.**

Teste da normalidade Desinibição

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PID_DESN	.125	220	<.001	.942	220	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

**Tabela 21.**

Teste da normalidade Psicoticismo

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PID_P	.149	220	<.001	.902	220	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

## Anexo F: Análise de fiabilidade das escalas e respetivas dimensões

**Tabela 22.**

Análise de fiabilidade da dimensão Tomada de Perspetiva

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.801

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
IRI_2_R	0.852
IRI_7_corr	0.760
IRI_9_corr	0.740
IRI_17_corr	0.731
IRI_21_corr	0.765
IRI_24_corr	0.751

**Tabela 23.**

Análise de fiabilidade da dimensão Preocupação Empática

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.701

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
IRI_1_corr	0.616
IRI_3_R	0.740
IRI_8_corr	0.644
IRI_12_R	0.704
IRI_16_corr	0.619
IRI_18_corr	0.615

### Tabela 24.

Análise de fiabilidade da dimensão Desconforto Pessoal

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.635

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
IRI_5_corr	0.566
IRI_11_R	0.580
IRI_14_corr	0.671
IRI_15_R	0.598
IRI_20_corr	0.532
IRI_23_corr	0.592

### Tabela 25.

Análise de fiabilidade da dimensão Fantasia

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.742

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
IRI_4_corr	0.673
IRI_6_R	0.737
IRI_10_R	0.768
IRI_13_corr	0.679
IRI_19_corr	0.667
IRI_22_corr	0.692

### Tabela 26.

Análise de fiabilidade BDI-II

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.909

[4]

### Tabela 27.

Análise de fiabilidade da escala dimensão Afetividade Negativa

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.749

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
PID_8_corr	0.703
PID_9_corr	0.682
PID_10_corr	0.687
PID_11_corr	0.718
PID_15_corr	0.729

### Tabela 28.

Análise de fiabilidade da escala dimensão Desligamento

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.652

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
PID_4_corr	0.644
PID_13_corr	0.692
PID_14_corr	0.554
PID_16_corr	0.520
PID_18_corr	0.573

### Tabela 29.

Análise de fiabilidade da escala dimensão Antagonismo

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.647

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
PID_17_corr	0.619
PID_19_corr	0.675
PID_20_corr	0.603
PID_22_corr	0.523
PID_25_corr	0.554

### Tabela 30.

Análise de fiabilidade da escala dimensão Desinibição

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.753

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
PID_1_corr	0.705
PID_2_corr	0.706
PID_3_corr	0.672
PID_5_corr	0.722
PID_6_corr	0.734

### Tabela 31.

Análise de fiabilidade da escala dimensão Psicoticismo

Estatísticas de Fiabilidade de Escala	
α de Cronbach	
escala	0.810

[4]

Estatísticas da Fiabilidade do Item	
Se o item for eliminado	
α de Cronbach	
PID_7_corr	0.784
PID_12_corr	0.815
PID_21_corr	0.749
PID_23_corr	0.753
PID_24_corr	0.757

## Anexo G: Análises fatoriais confirmatórias

**Tabela 32.**

Ajustamento do Modelo IRI

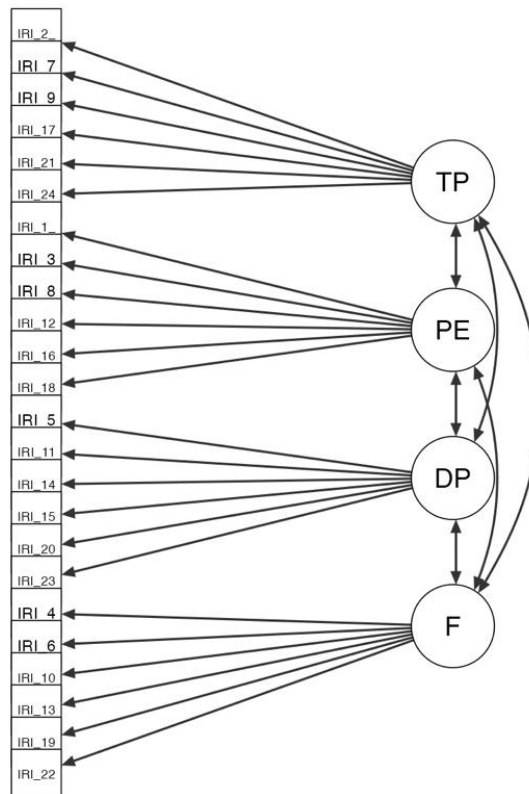
Teste ao Ajustamento Exato		
$\chi^2$	gl	p
747.8510	246	<.0001

Medidas de Ajustamento				
CFI	TLI	RMSEA	IC 90% RMSEA	
			Lim. Inferior	Superior
0.7342	0.7018	0.0963	0.0885	0.1042

**Figura 9.**

Diagrama de Trajetórias da Análise Fatorial Confirmatória da Empatia (IRI)



**Tabela 33.**

Ajustamento do Modelo BDI-II

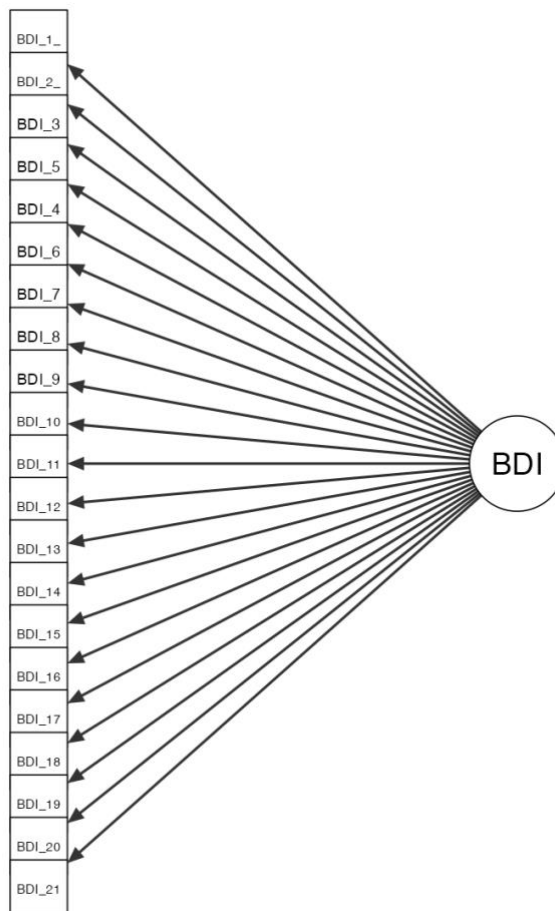
Teste ao Ajustamento Exato				
$\chi^2$	gl	p		
501.9303	189	<.0001		

Medidas de Ajustamento				
CFI	TLI	RMSEA	IC 90% RMSEA	
			Lim. Inferior	Superior
0.8149	0.7944	0.0868	0.0776	0.0960

**Figura 10.**

Diagrama de Trajetórias da Análise Fatorial Confirmatória da Sintomatologia Depressiva (BDI)



**Tabela 34.**

Ajustamento do Modelo PID-5

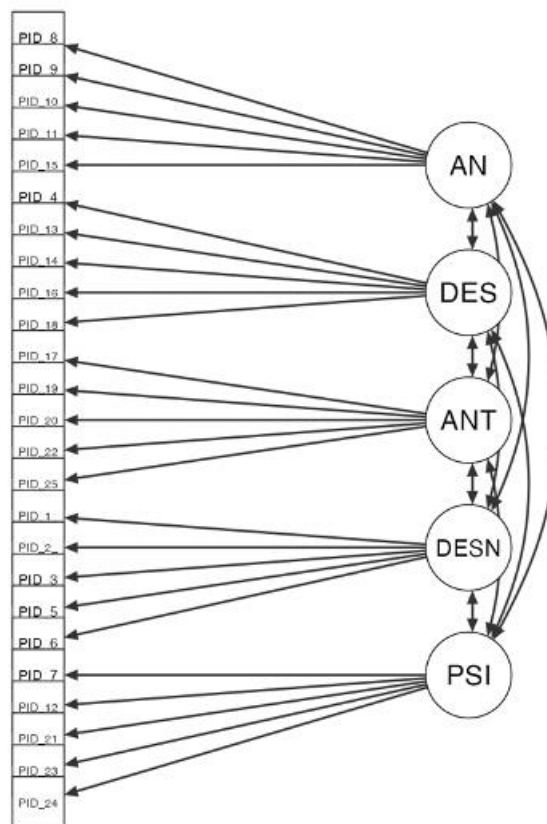
Teste ao Ajustamento Exato		
$\chi^2$	gl	p
630.6050	265	<.0001

Medidas de Ajustamento				
CFI	TLI	RMSEA	IC 90% RMSEA	
			Lim. Inferior	Superior
0.7912	0.7636	0.0792	0.0713	0.0872

**Figura 11.**

Diagrama de Trajetórias da Análise Fatorial Confirmatória das dimensões do PID-5



## Anexo H: Análises de moderação

**Tabela 35.**

Modelo de moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Tomada de perspectiva

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_TP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_AN + BDI_TOTAL:PID_AN
R-squared	0.0032
Adj. R-squared	-0.0107

[6]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	0.3327	3	0.2277	0.8770	0.0032
BDI_TOTAL	0.0029	1	0.0059	0.9387	0.0000
PID_AN	0.1326	1	0.2724	0.6023	0.0013
BDI_TOTAL * PID_AN	0.1090	1	0.2238	0.6367	0.0010
Residuals	105.1880	216			
Total	105.5207	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.4716	0.0540	2.3652	2.5779	0.0000	216	45.8087	<.0001
BDI_TOTAL	0.0121	0.1567	-0.2967	0.3209	0.0074	216	0.0770	0.9387
PID_AN	-0.0439	0.0841	-0.2096	0.1218	-0.0432	216	-0.5219	0.6023
BDI_TOTAL * PID_AN	-0.0799	0.1690	-0.4131	0.2532	-0.0333	216	-0.4730	0.6367

**Tabela 36.**

Modelo de moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Preocupação Empática

## Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_PE ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_AN + BDI_TOTAL:PID_AN
R-squared	0.0777
Adj. R-squared	0.0649

[5]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	7.5294	3	6.0690	0.0006	0.0777
BDI_TOTAL	0.0294	1	0.0712	0.7898	0.0003
PID_AN	4.6718	1	11.2969	0.0009	0.0497
BDI_TOTAL * PID_AN	0.0448	1	0.1082	0.7425	0.0005
Residuals	89.3255	216			
Total	96.8549	219			

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.6800	0.0497	2.5820	2.7780	0.0000	216	53.9012	<.0001
BDI_TOTAL	0.0385	0.1444	-0.2460	0.3231	0.0245	216	0.2668	0.7898
PID_AN	0.2604	0.0775	0.1077	0.4131	0.2677	216	3.3611	0.0009
BDI_TOTAL * PID_AN	-0.0512	0.1557	-0.3582	0.2557	-0.0223	216	-0.3290	0.7425

**Tabela 37.**

Modelo de moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_DP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_AN + BDI_TOTAL:PID_AN
R-squared	0.1956
Adj. R-squared	0.1844

[5]

**Model Results**

ANOVA Omnibus tests					
	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	14.7721	3	17.5061	<.0001	0.1956
BDI_TOTAL	0.3016	1	1.0722	0.3016	0.0049
PID_AN	7.7964	1	27.7181	<.0001	0.1137
BDI_TOTAL * PID_AN	0.0231	1	0.0821	0.7747	0.0004
Residuals	60.7555	216			
Total	75.5277	219			

Fixed Effects Parameter Estimates								
Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	1.5883	0.0410	1.5075	1.6691	0.0000	216	38.7349	<.0001
BDI_TOTAL	0.1233	0.1191	-0.1114	0.3580	0.0889	216	1.0355	0.3016
PID_AN	0.3364	0.0639	0.2105	0.4623	0.3916	216	5.2648	<.0001
BDI_TOTAL * PID_AN	-0.0368	0.1284	-0.2900	0.2163	-0.0181	216	-0.2866	0.7747

**Tabela 38.**

Modelo de moderação da Afetividade Negativa na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Fantasia

## Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_F ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_AN + BDI_TOTAL:PID_AN
R-squared	0.0537
Adj. R-squared	0.0406

[5]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	6.0854	3	4.0861	0.0076	0.0537
BDI_TOTAL	0.0146	1	0.0293	0.8641	0.0001
PID_AN	3.8308	1	7.7166	0.0060	0.0345
BDI_TOTAL * PID_AN	0.0096	1	0.0194	0.8894	0.0001
Residuals	107.2301	216			
Total	113.3155	219			

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.1560	0.0545	2.0486	2.2634	0.0000	216	39.5770	<.0001
BDI_TOTAL	0.0271	0.1582	-0.2847	0.3389	0.0159	216	0.1713	0.8641
PID_AN	0.2358	0.0849	0.0685	0.4031	0.2241	216	2.7779	0.0060
BDI_TOTAL * PID_AN	-0.0238	0.1706	-0.3601	0.3126	-0.0096	216	-0.1392	0.8894

### Tabela 39.

Modelo de moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Tomada de Perspetiva

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_TP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESG + BDI_TOTAL:PID_DESG
R-squared	0.0277
Adj. R-squared	0.0141

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	2.9179	3	2.0476	0.1082	0.0277
BDI_TOTAL	0.3160	1	0.6652	0.4156	0.0031
PID_DESG	2.7842	1	5.8614	0.0163	0.0264
BDI_TOTAL * PID_DESG	0.0064	1	0.0136	0.9074	0.0001
Residuals	102.6029	216			
Total	105.5207	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.4564	0.0520	2.3539	2.5588	0.0000	216	47.2613	<.0001
BDI_TOTAL	0.1194	0.1464	-0.1691	0.4079	0.0728	216	0.8156	0.4156
PID_DESG	-0.2351	0.0971	-0.4266	-0.0437	-0.1979	216	-2.4210	0.0163
BDI_TOTAL * PID_DESG	0.0193	0.1659	-0.3077	0.3464	0.0069	216	0.1165	0.9074

## Tabela 40.

Modelo de moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Preocupação Empática

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_PE ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESG + BDI_TOTAL:PID_DESG
R-squared	0.0561
Adj. R-squared	0.0430

[5]

## Model Results

### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	5.4301	3	4.2764	0.0059	0.0561
BDI_TOTAL	4.5289	1	10.6999	0.0012	0.0472
PID_DESG	2.9985	1	7.0843	0.0084	0.0318
BDI_TOTAL * PID_DESG	0.0230	1	0.0543	0.8159	0.0003
Residuals	91.4248	216			
Total	96.8549	219			

### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.6771	0.0491	2.5804	2.7738	0.0000	216	54.5659	<.0001
BDI_TOTAL	0.4520	0.1382	0.1796	0.7243	0.2877	216	3.2711	0.0012
PID_DESG	-0.2440	0.0917	-0.4247	-0.0633	-0.2144	216	-2.6616	0.0084
BDI_TOTAL * PID_DESG	-0.0365	0.1566	-0.3452	0.2722	-0.0136	216	-0.2330	0.8159

**Tabela 41.**

Modelo de moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_DP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESG + BDI_TOTAL:PID_DESG
R-squared	0.0869
Adj. R-squared	0.0742

[5]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	6.5604	3	6.8489	0.0002	0.0869
BDI_TOTAL	3.1040	1	9.7214	0.0021	0.0431
PID_DESG	0.1569	1	0.4913	0.4841	0.0023
BDI_TOTAL * PID_DESG	0.0265	1	0.0830	0.7735	0.0004
Residuals	68.9673	216			
Total	75.5277	219			

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	1.5881	0.0426	1.5041	1.6721	0.0000	216	37.2683	<.0001
BDI_TOTAL	0.3742	0.1200	0.1376	0.6107	0.2697	216	3.1179	0.0021
PID_DESG	0.0558	0.0796	-0.1011	0.2128	0.0555	216	0.7009	0.4841
BDI_TOTAL * PID_DESG	-0.0392	0.1360	-0.3073	0.2289	-0.0165	216	-0.2881	0.7735

## Tabela 42.

Modelo de moderação do Desligamento na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Fantasia

### Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_F ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESG + BDI_TOTAL:PID_DESG
R-squared	0.0382
Adj. R-squared	0.0248

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	4.3265	3	2.8581	0.0379	0.0382
BDI_TOTAL	3.7688	1	7.4692	0.0068	0.0334
PID_DESG	2.2616	1	4.4822	0.0354	0.0203
BDI_TOTAL * PID_DESG	0.0553	1	0.1095	0.7410	0.0005
Residuals	108.9891	216			
Total	113.3155	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.1602	0.0536	2.0546	2.2658	0.0000	216	40.3269	<.0001
BDI_TOTAL	0.4123	0.1509	0.1150	0.7097	0.2426	216	2.7330	0.0068
PID_DESG	-0.2119	0.1001	-0.4092	-0.0146	-0.1721	216	-2.1171	0.0354
BDI_TOTAL * PID_DESG	-0.0566	0.1710	-0.3936	0.2805	-0.0195	216	-0.3309	0.7410

### Tabela 43.

Modelo de moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Tomada de Perspetiva

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_TP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_A + PID_A:BDI_TOTAL
R-squared	0.0822
Adj. R-squared	0.0694

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	8.6709	3	6.4461	0.0003	0.0822
BDI_TOTAL	0.0699	1	0.1558	0.6934	0.0007
PID_A	7.4277	1	16.5657	<.0001	0.0712
BDI_TOTAL * PID_A	0.1232	1	0.2749	0.6006	0.0013
Residuals	96.8498	216			
Total	105.5207	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.4646	0.0464	2.3732	2.5560	0.0000	216	53.1733	<.0001
BDI_TOTAL	0.0432	0.1094	-0.1724	0.2588	0.0263	216	0.3948	0.6934
PID_A	-0.3961	0.0973	-0.5879	-0.2043	-0.2800	216	-4.0701	<.0001
BDI_TOTAL * PID_A	-0.1261	0.2406	-0.6003	0.3480	-0.0377	216	-0.5243	0.6006

## Tabela 44.

Modelo de moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Preocupação empática

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_PE ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_A + PID_A:BDI_TOTAL
R-squared	0.0975
Adj. R-squared	0.0850

[5]

## Model Results

### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	9.4476	3	7.7823	<.0001	0.0975
BDI_TOTAL	4.2915	1	10.6052	0.0013	0.0468
PID_A	6.3666	1	15.7331	<.0001	0.0679
BDI_TOTAL * PID_A	0.0370	1	0.0913	0.7628	0.0004
Residuals	87.4073	216			
Total	96.8549	219			

### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.6750	0.0440	2.5882	2.7618	0.0000	216	60.7498	<.0001
BDI_TOTAL	0.3385	0.1039	0.1336	0.5433	0.2154	216	3.2566	0.0013
PID_A	-0.3667	0.0924	-0.5489	-0.1845	-0.2706	216	-3.9665	<.0001
BDI_TOTAL * PID_A	-0.0691	0.2285	-0.5195	0.3814	-0.0216	216	-0.3022	0.7628

## Tabela 45.

Modelo de moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_DP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_A + PID_A:BDI_TOTAL
R-squared	0.0918
Adj. R-squared	0.0792

[5]

## Model Results

### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	6.9370	3	7.2818	0.0001	0.0918
BDI_TOTAL	5.9652	1	18.7850	<.0001	0.0800
PID_A	0.0237	1	0.0746	0.7850	0.0003
BDI_TOTAL * PID_A	0.5535	1	1.7432	0.1881	0.0080
Residuals	68.5907	216			
Total	75.5277	219			

### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	1.5709	0.0390	1.4940	1.6478	0.0000	216	40.2732	<.0001
BDI_TOTAL	0.3990	0.0921	0.2176	0.5805	0.2876	216	4.3342	<.0001
PID_A	-0.0224	0.0819	-0.1838	0.1390	-0.0187	216	-0.2732	0.7850
BDI_TOTAL * PID_A	0.2673	0.2025	-0.1317	0.6663	0.0945	216	1.3203	0.1881

**Tabela 46.**

Modelo de moderação do Antagonismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Fantasia

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_F ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_A + PID_A:BDI_TOTAL
R-squared	0.0706
Adj. R-squared	0.0577

[5]

**Model Results**

ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	8.0000	3	5.4693	0.0012	0.0706
BDI_TOTAL	2.8543	1	5.8540	0.0164	0.0264
PID_A	4.4145	1	9.0540	0.0029	0.0402
BDI_TOTAL * PID_A	3.0541	1	6.2638	0.0131	0.0282
Residuals	105.3155	216			
Total	113.3155	219			

Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.1249	0.0483	2.0296	2.2201	0.0000	216	43.9626	<.0001
BDI_TOTAL	0.2760	0.1141	0.0512	0.5009	0.1624	216	2.4195	0.0164
PID_A	-0.3053	0.1015	-0.5054	-0.1053	-0.2083	216	-3.0090	0.0029
BDI_TOTAL * PID_A	0.6278	0.2509	0.1334	1.1223	0.1813	216	2.5028	0.0131

**Tabela 47.**

Modelo de moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Tomada de Perspetiva

---

**Model Info**


---

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_TP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESN + BDI_TOTAL:PID_DESN
R-squared	0.0359
Adj. R-squared	0.0225

---

[5]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	3.7865	3	2.6798	0.0479	0.0359
BDI_TOTAL	0.0229	1	0.0487	0.8255	0.0002
PID_DESN	3.5994	1	7.6421	0.0062	0.0342
BDI_TOTAL * PID_DESN	0.3740	1	0.7941	0.3738	0.0037
Residuals	101.7342	216			
Total	105.5207	219			

---

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.4444	0.0491	2.3476	2.5412	0.0000	216	49.7776	<.0001
BDI_TOTAL	0.0284	0.1284	-0.2248	0.2815	0.0173	216	0.2207	0.8255
PID_DESN	-0.2495	0.0902	-0.4273	-0.0716	-0.2063	216	-2.7644	0.0062
BDI_TOTAL * PID_DESN	0.1498	0.1681	-0.1815	0.4810	0.0524	216	0.8911	0.3738

---

**Tabela 48.**

Modelo de moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Preocupação Empática

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_PE ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESN + BDI_TOTAL:PID_DESN
R-squared	0.0525
Adj. R-squared	0.0393

[5]

**Model Results**

ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	5.0823	3	3.9873	0.0086	0.0525
BDI_TOTAL	4.2592	1	10.0246	0.0018	0.0444
PID_DESN	2.1821	1	5.1360	0.0244	0.0232
BDI_TOTAL * PID_DESN	0.1661	1	0.3909	0.5325	0.0018
Residuals	91.7727	216			
Total	96.8549	219			

Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.6817	0.0466	2.5898	2.7737	0.0000	216	57.4976	<.0001
BDI_TOTAL	0.3863	0.1220	0.1458	0.6267	0.2459	216	3.1662	0.0018
PID_DESN	-0.1942	0.0857	-0.3632	-0.0253	-0.1676	216	-2.2663	0.0244
BDI_TOTAL * PID_DESN	-0.0998	0.1596	-0.4144	0.2148	-0.0365	216	-0.6252	0.5325

**Tabela 49.**

Modelo de moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal

Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_DP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESN + BDI_TOTAL:PID_DESN
R-squared	0.0848
Adj. R-squared	0.0721

[5]

**Model Results**

ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	6.4037	3	6.6702	0.0003	0.0848
BDI_TOTAL	4.9626	1	15.5074	0.0001	0.0670
PID_DESN	0.0129	1	0.0402	0.8412	0.0002
BDI_TOTAL * PID_DESN	0.0044	1	0.0137	0.9069	0.0001
Residuals	69.1239	216			
Total	75.5277	219			

Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	1.5842	0.0405	1.5044	1.6639	0.0000	216	39.1359	<.0001
BDI_TOTAL	0.4169	0.1059	0.2083	0.6256	0.3005	216	3.9379	0.0001
PID_DESN	-0.0149	0.0744	-0.1615	0.1317	-0.0146	216	-0.2005	0.8412
BDI_TOTAL * PID_DESN	-0.0162	0.1385	-0.2893	0.2568	-0.0067	216	-0.1171	0.9069

## Tabela 50.

Modelo de moderação da Desinibição na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Fantasia

### Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_F ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_DESN + BDI_TOTAL:PID_DESN
R-squared	0.0184
Adj. R-squared	0.0048

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	2.0846	3	1.3493	0.2593	0.0184
BDI_TOTAL	1.1683	1	2.2687	0.1335	0.0104
PID_DESN	0.0059	1	0.0115	0.9145	0.0001
BDI_TOTAL * PID_DESN	0.1120	1	0.2175	0.6414	0.0010
Residuals	111.2310	216			
Total	113.3155	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.1443	0.0513	2.0430	2.2455	0.0000	216	41.7592	<.0001
BDI_TOTAL	0.2023	0.1343	-0.0624	0.4670	0.1190	216	1.5062	0.1335
PID_DESN	-0.0101	0.0944	-0.1961	0.1758	-0.0081	216	-0.1075	0.9145
BDI_TOTAL * PID_DESN	0.0819	0.1757	-0.2644	0.4283	0.0277	216	0.4663	0.6414

### Tabela 51.

Modelo de moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Tomada de Perspetiva

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_TP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_P + BDI_TOTAL:PID_P
R-squared	0.0131
Adj. R-squared	-0.0006

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	1.3876	3	0.9594	0.4128	0.0131
BDI_TOTAL	0.0024	1	0.0049	0.9443	0.0000
PID_P	1.1312	1	2.3464	0.1270	0.0107
BDI_TOTAL * PID_P	0.3055	1	0.6338	0.4269	0.0029
Residuals	104.1331	216			
Total	105.5207	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.4432	0.0509	2.3429	2.5435	0.0000	216	48.0071	<.0001
BDI_TOTAL	-0.0094	0.1347	-0.2748	0.2560	-0.0057	216	-0.0700	0.9443
PID_P	-0.1288	0.0841	-0.2946	0.0369	-0.1206	216	-1.5318	0.1270
BDI_TOTAL * PID_P	0.1204	0.1512	-0.1777	0.4185	0.0477	216	0.7961	0.4269

## Tabela 52.

Modelo de moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Preocupação Empática

### Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_PE ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_P + BDI_TOTAL:PID_P
R-squared	0.0471
Adj. R-squared	0.0339

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	4.5666	3	3.5627	0.0151	0.0471
BDI_TOTAL	4.2536	1	9.9556	0.0018	0.0441
PID_P	1.6696	1	3.9076	0.0493	0.0178
BDI_TOTAL * PID_P	0.2043	1	0.4782	0.4900	0.0022
Residuals	92.2884	216			
Total	96.8549	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.6850	0.0479	2.5905	2.7794	0.0000	216	56.0412	<.0001
BDI_TOTAL	0.4000	0.1268	0.1501	0.6499	0.2546	216	3.1552	0.0018
PID_P	-0.1565	0.0792	-0.3125	-0.0005	-0.1529	216	-1.9768	0.0493
BDI_TOTAL * PID_P	-0.0985	0.1424	-0.3791	0.1822	-0.0407	216	-0.6915	0.4900

### Tabela 53.

Modelo de moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Desconforto Pessoal

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_DP ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_P + BDI_TOTAL:PID_P
R-squared	0.0861
Adj. R-squared	0.0734

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	6.5007	3	6.7807	0.0002	0.0861
BDI_TOTAL	5.0638	1	15.8457	<.0001	0.0683
PID_P	0.0057	1	0.0177	0.8942	0.0001
BDI_TOTAL * PID_P	0.0987	1	0.3087	0.5791	0.0014
Residuals	69.0269	216			
Total	75.5277	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	1.5916	0.0414	1.5099	1.6733	0.0000	216	38.4121	<.0001
BDI_TOTAL	0.4364	0.1096	0.2203	0.6526	0.3146	216	3.9807	<.0001
PID_P	-0.0091	0.0685	-0.1441	0.1258	-0.0101	216	-0.1332	0.8942
BDI_TOTAL * PID_P	-0.0684	0.1231	-0.3111	0.1743	-0.0320	216	-0.5556	0.5791

**Tabela 54.**

Modelo de moderação do Psicoticismo na relação entre a Sintomatologia Depressiva e Fantasia

Model Info

Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_F ~ 1 + BDI_TOTAL + PID_P + BDI_TOTAL:PID_P
R-squared	0.0224
Adj. R-squared	0.0088

[5]

Model Results

ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	2.5355	3	1.6479	0.1793	0.0224
BDI_TOTAL	0.9530	1	1.8581	0.1743	0.0085
PID_P	0.0890	1	0.1736	0.6773	0.0008
BDI_TOTAL * PID_P	0.5384	1	1.0497	0.3067	0.0048
Residuals	110.7800	216			
Total	113.3155	219			

Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.1312	0.0525	2.0277	2.2346	0.0000	216	40.6003	<.0001
BDI_TOTAL	0.1893	0.1389	-0.0844	0.4631	0.1114	216	1.3631	0.1743
PID_P	-0.0361	0.0867	-0.2071	0.1348	-0.0326	216	-0.4167	0.6773
BDI_TOTAL * PID_P	0.1598	0.1560	-0.1476	0.4673	0.0611	216	1.0245	0.3067

## Anexo I: Análises exploratórias de regressões lineares múltiplas

**Tabela 55.**

Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a Sintomatologia Depressiva e as dimensões da Empatia

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	BDI_TOTAL ~ 1 + IRI_TP + IRI_PE + IRI_DP + IRI_F
R-squared	0.1005
Adj. R-squared	0.0837

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	3.9415	4	6.0022	0.0001	0.1005
IRI_TP	0.2685	1	1.6354	0.2023	0.0075
IRI_PE	0.3491	1	2.1263	0.1462	0.0098
IRI_DP	1.8325	1	11.1625	0.0010	0.0494
IRI_F	0.1196	1	0.7285	0.3943	0.0034
Residuals	35.2963	215			
Total	39.2377	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	0.5701	0.0273	0.5163	0.6240	0.0000	215	20.8708	<.0001
IRI_TP	-0.0641	0.0501	-0.1628	0.0347	-0.1050	215	-1.2788	0.2023
IRI_PE	0.0806	0.0553	-0.0284	0.1896	0.1267	215	1.4582	0.1462
IRI_DP	0.1701	0.0509	0.0697	0.2705	0.2360	215	3.3410	0.0010
IRI_F	0.0368	0.0431	-0.0482	0.1219	0.0626	215	0.8535	0.3943

**Tabela 56.**

Modelo de regressão linear múltipla da relação ente a variável Sintomatologia Depressiva e dimensões da Personalidade

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	BDI_TOTAL ~ 1 + PID_AN + PID_DESG + PID_A + PID_DESN + PID_P
R-squared	0.4534
Adj. R-squared	0.4406

[5]

**Model Results**

ANOVA Omnibus tests					
	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	17.7897	5	35.4997	<.0001	0.4534
PID_AN	2.4587	1	24.5321	<.0001	0.1028
PID_DESG	2.6099	1	26.0410	<.0001	0.1085
PID_A	0.2749	1	2.7433	0.0991	0.0127
PID_DESN	0.6931	1	6.9150	0.0092	0.0313
PID_P	0.3124	1	3.1173	0.0789	0.0144
Residuals	21.4480	214			
Total	39.2377	219			

**Fixed Effects Parameter Estimates**

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	0.5701	0.0213	0.5281	0.6122	0.0000	214	26.7115	<.0001
PID_AN	0.1857	0.0375	0.1118	0.2596	0.2999	214	4.9530	<.0001
PID_DESG	0.2363	0.0463	0.1450	0.3275	0.3261	214	5.1030	<.0001
PID_A	-0.0833	0.0503	-0.1824	0.0158	-0.0966	214	-1.6563	0.0991
PID_DESN	0.1191	0.0453	0.0298	0.2083	0.1615	214	2.6296	0.0092
PID_P	0.0808	0.0458	-0.0094	0.1710	0.1240	214	1.7656	0.0789

**Tabela 57.**

Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a dimensão Tomada de Perspetiva e as dimensões da Personalidade

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_TP ~ 1 + PID_AN + PID_DESG + PID_A + PID_DESN + PID_P
R-squared	0.0989
Adj. R-squared	0.0779

[5]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	10.4393	5	4.6992	0.0004	0.0989
PID_AN	0.2996	1	0.6742	0.4125	0.0031
PID_DESG	0.8870	1	1.9965	0.1591	0.0092
PID_A	5.8823	1	13.2394	0.0003	0.0583
PID_DESN	0.7312	1	1.6458	0.2009	0.0076
PID_P	0.6663	1	1.4996	0.2221	0.0070
Residuals	95.0814	214			
Total	105.5207	219			

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.4591	0.0449	2.3705	2.5477	0.0000	214	54.7199	<.0001
PID_AN	0.0648	0.0789	-0.0908	0.2204	0.0638	214	0.8211	0.4125
PID_DESG	-0.1377	0.0975	-0.3299	0.0544	-0.1159	214	-1.4130	0.1591
PID_A	-0.3853	0.1059	-0.5940	-0.1766	-0.2724	214	-3.6386	0.0003
PID_DESN	-0.1223	0.0953	-0.3102	0.0656	-0.1011	214	-1.2829	0.2009
PID_P	0.1180	0.0964	-0.0719	0.3079	0.1104	214	1.2246	0.2221

**Tabela 58.**

Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a dimensão Preocupação Empática e as dimensões da Personalidade

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_PE ~ 1 + PID_AN + PID_DESG + PID_A + PID_DESN + PID_P
R-squared	0.2015
Adj. R-squared	0.1829

[6]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	19.5185	5	10.8020	<.0001	0.2015
PID_AN	13.9560	1	38.6181	<.0001	0.1529
PID_DESG	1.4990	1	4.1478	0.0429	0.0190
PID_A	5.1601	1	14.2786	0.0002	0.0625
PID_DESN	0.0895	1	0.2476	0.6193	0.0012
PID_P	0.0727	1	0.2012	0.6542	0.0009
Residuals	77.3364	214			
Total	96.8549	219			

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.6720	0.0405	2.5921	2.7519	0.0000	214	65.9261	<.0001
PID_AN	0.4424	0.0712	0.3020	0.5827	0.4547	214	6.2143	<.0001
PID_DESG	-0.1791	0.0879	-0.3524	-0.0058	-0.1573	214	-2.0366	0.0429
PID_A	-0.3609	0.0955	-0.5491	-0.1726	-0.2663	214	-3.7787	0.0002
PID_DESN	-0.0428	0.0860	-0.2123	0.1267	-0.0369	214	-0.4976	0.6193
PID_P	-0.0390	0.0869	-0.2103	0.1323	-0.0381	214	-0.4485	0.6542

**Tabela 59.**

Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a dimensão Desconforto Pessoal e as dimensões da Personalidade

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_DP ~ 1 + PID_AN + PID_DESG + PID_A + PID_DESN + PID_P
R-squared	0.2006
Adj. R-squared	0.1820

[5]

**Model Results**

## ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	15.1538	5	10.7428	<.0001	0.2006
PID_AN	11.9708	1	42.4313	<.0001	0.1655
PID_DESG	0.0431	1	0.1527	0.6963	0.0007
PID_A	0.0408	1	0.1446	0.7041	0.0007
PID_DESN	0.0153	1	0.0544	0.8158	0.0003
PID_P	0.4890	1	1.7331	0.1894	0.0080
Residuals	60.3738	214			
Total	75.5277	219			

## Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	1.5826	0.0358	1.5120	1.6532	0.0000	214	44.1935	<.0001
PID_AN	0.4097	0.0629	0.2857	0.5337	0.4769	214	6.5139	<.0001
PID_DESG	0.0304	0.0777	-0.1228	0.1835	0.0302	214	0.3908	0.6963
PID_A	-0.0321	0.0844	-0.1984	0.1342	-0.0268	214	-0.3803	0.7041
PID_DESN	0.0177	0.0760	-0.1320	0.1675	0.0173	214	0.2332	0.8158
PID_P	-0.1011	0.0768	-0.2524	0.0503	-0.1118	214	-1.3165	0.1894

**Tabela 60.**

Modelo de regressão linear múltipla da relação entre a dimensão Fantasia e as dimensões da Personalidade

Model Info	
Info	
Estimate	Linear model fit by OLS
Call	IRI_F ~ 1 + PID_AN + PID_DESG + PID_A + PID_DESN + PID_P
R-squared	0.1198
Adj. R-squared	0.0992

[5]

### Model Results

#### ANOVA Omnibus tests

	SS	df	F	p	$\eta^2p$
Model	13.5739	5	5.8247	<.0001	0.1198
PID_AN	8.8135	1	18.9098	<.0001	0.0812
PID_DESG	2.7089	1	5.8120	0.0168	0.0264
PID_A	3.7553	1	8.0572	0.0050	0.0363
PID_DESN	0.5149	1	1.1048	0.2944	0.0051
PID_P	0.1519	1	0.3259	0.5687	0.0015
Residuals	99.7416	214			
Total	113.3155	219			

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	95% Confidence Interval		$\beta$	df	t	p
			Lower	Upper				
(Intercept)	2.1523	0.0460	2.0615	2.2430	0.0000	214	46.7603	<.0001
PID_AN	0.3515	0.0808	0.1922	0.5109	0.3341	214	4.3485	<.0001
PID_DESG	-0.2407	0.0998	-0.4375	-0.0439	-0.1955	214	-2.4108	0.0168
PID_A	-0.3078	0.1085	-0.5216	-0.0941	-0.2100	214	-2.8385	0.0050
PID_DESN	0.1026	0.0976	-0.0898	0.2951	0.0819	214	1.0511	0.2944
PID_P	0.0563	0.0987	-0.1382	0.2509	0.0509	214	0.5709	0.5687