

**A RELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO,  
AS HABILIDADES SOCIAIS E OS PROBLEMAS INTERPESSOAIS**

JOANA MARGARIDA MARTINS CARREIRA

Orientador De Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA DIANA FRASQUILHO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA DIANA FRASQUILHO

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

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Diana Frásquilho, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e à minha irmã, que me trouxeram até aqui e que me incentivaram e apoiaram ao longo deste percurso. Sem eles nada disto seria possível.

À minha avó.

À Sasha e ao Caju, as minhas constantes.

Aos meus amigos por me ouvirem e por partilharem as suas experiências.

À Professora Diana Frasquilho, pela orientação, paciência e atenção dispensada. Aos meus colegas de seminário de dissertação, que me acompanharam e ajudaram neste desafio.

A todos os artistas que me acompanharam e motivaram ao longo deste ano, mesmo sem o saberem.

A todas as pessoas generosas que me ajudaram a fazer a divulgação do questionário e a todas as pessoas que participaram neste estudo. É graças a eles que a realização deste estudo foi possível. É graças a pessoas como eles que é possível realizar investigações que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento científico.

Estou muito grata a todos.

## Resumo

**Introdução:** A depressão é a principal causa de incapacitação a nível mundial, com implicações em diversos aspetos das vidas de quem é afetado pela mesma, entre os quais se encontram as relações interpessoais e as habilidades sociais. Contudo, neste âmbito, pouco se tem explorado a complexidade do contexto interpessoal dos adultos residentes em Portugal com depressão. Assim, o presente estudo teve como objetivos: 1) estudar a relação entre os sintomas de depressão e as problemáticas de relações interpessoais e as habilidades sociais, e a relação entre os problemas interpessoais e as habilidades sociais; 2) averiguar em que medida os problemas interpessoais e as habilidades sociais das pessoas com sintomas de depressão diferem dos das pessoas sem sintomas de depressão; 3) investigar se as habilidades sociais das pessoas com depressão estão relacionadas a problemas interpessoais específicos.

**Método:** Uma amostra constituída por 201 participantes completou o questionário de dados sociodemográficos, o *Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette* (IHS-Del Prette), o *Inventário de Problemas Interpessoais* (IPI-32) e o *Inventário de Depressão de Beck II* (BDI-II).

**Resultados:** Verificou-se que os sintomas de depressão foram um preditor estatisticamente significativo dos problemas interpessoais e das habilidades sociais, e que reportar menos habilidades foi um preditor significativo dos problemas interpessoais. Adicionalmente, verificou-se que os indivíduos com mais sintomas de depressão apresentam mais problemas interpessoais nos octantes socialmente inibido e vingativo/egocêntrico e mais déficits de habilidades sociais nos fatores de conversação e confiança social e de auto-expressão de afeto positivo. Por fim, constatou-se que os octantes de problemas interpessoais associados a maiores déficits de habilidades sociais foram o socialmente inibido e o não assertivo.

**Conclusão:** Os resultados do presente estudo permitem salientar a forma como a depressão e o contexto interpessoal estão relacionados, podendo afetar o bem-estar e a vida quotidiana da população adulta residente em Portugal com sintomas de depressão.

*Palavras-chave: Adultos; Depressão; Habilidades Sociais; Problemas Interpessoais; Relações Interpessoais; Saúde Mental.*

## Abstract

**Introduction:** Depression is the main cause of disability worldwide, with implications for the various aspects of the lives of those affected by it, including interpersonal relationships and social skills. However, within this context, the complexity of the interpersonal context of adults living in Portugal with depression has been relatively unexplored. Thus, the present study aimed to: 1) study the relationship between depression symptoms and interpersonal relationship issues and social skills, as well as the relationship between interpersonal problems and social skills; 2) ascertain to what extent the interpersonal issues and social skills of individuals with depression symptoms differ from those without depression symptoms; 3) investigate whether the social skills of individuals with depression are linked to specific interpersonal issues.

**Method:** A sample of 201 participants completed the sociodemographic data questionnaire, the Social Skills Inventory – Del Prette (IHS-Del Prette), the Interpersonal Problems Inventory (IPI-32) and the Beck Depression Inventory II (BDI -II).

**Results:** It was found that depression symptoms were a statistically significant predictor of interpersonal problems and social skills, and that reporting fewer skills was a significant predictor of interpersonal problems. Additionally, individuals with more depression symptoms exhibited have more interpersonal problems in the socially inhibited and vindictive/egocentric octants and more deficits in social skills in the conversation and social confidence factors, as well as in positive affect self-expression. Finally, it was found that the octants of interpersonal problems associated with greater deficits in social skills were the socially inhibited and the non-assertive ones.

**Conclusion:** The results of the current study highlight the way in which depression and the interpersonal context are related, possibly impacting the well-being and daily life of the adult population living in Portugal with depression symptoms.

*Keywords: Adults; Depression; Interpersonal Problems; Interpersonal Relationships; Mental Health; Social Skills.*

## Índice

Introdução .....	1
Revisão de Literatura .....	2
Depressão .....	2
Problemas Interpessoais .....	7
Problemas Interpessoais e Depressão .....	9
Habilidades Sociais .....	12
Habilidades Sociais e Depressão .....	14
Problemas Interpessoais e Habilidades Sociais .....	15
Problemática .....	16
Problemática e Objetivos de Investigação .....	16
Hipóteses .....	17
Metodologia .....	18
Participantes .....	18
Instrumentos .....	18
Procedimento .....	22
Análise Estatística .....	22
Resultados .....	25
Discussão de Resultados .....	40
Conclusão .....	45
Referências Bibliográficas .....	47
Anexos .....	54
Anexo I – Consentimento informado .....	54
Anexo II - Tabela de estatísticas de confiabilidade dos instrumentos utilizados ....	56

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatística Descritiva da Amostra Total .....	26
Tabela 2 - Estatística descritiva das características sociodemográficas entre pessoas com e sem sintomatologia depressiva, utilizando o teste qui-quadrado .....	28
Tabela 3 - Diferenças entre médias dos octantes do Inventário de Problemas Interpessoais (IPI – 32) para pessoas sem sintomatologia depressiva e pessoas com sintomatologia depressiva utilizando o teste de T-Student .....	29
Tabela 4 - Regressão Linear dos Problemas Interpessoais .....	31
Tabela 5 - Diferenças entre as médias dos fatores do Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS-Del Prette) para pessoas sem sintomatologia depressiva e pessoas com sintomatologia depressiva utilizando o teste de T-Student .....	33
Tabela 6 - Modelo de Regressão Linear da Relação entre Sintomatologia Depressiva e Habilidades Sociais .....	35
Tabela 7 - Modelo de Regressão Linear da Relação entre Habilidades Sociais e Problemas Interpessoais .....	37
Tabela 8 - Correlações de Pearson entre problemas interpessoais e habilidades sociais em pessoas com sintomatologia depressiva .....	40
Tabela 9 - Tabela de estatísticas de confiabilidade dos instrumentos utilizados .....	56

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Representação do modelo Circumplexo de Problemas Interpessoais (Leary, 1957), de acordo com Lo Coco et al. (2012) e Horowitz et al. (1997) .....	8
Figura 2 - Representação do modelo cognitivo-social de processos interpessoais na depressão, de acordo com Sacco & Vaughan (2014) .....	10

## **Lista de Abreviaturas**

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDM – Perturbação Depressiva Maior

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental define-se como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo alcança o seu pleno potencial, consegue lidar com as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a sua comunidade.” (World Health Organization, 2004). Este estado de saúde pode ser perturbado pela ocorrência de diversas doenças mentais, causadoras de sofrimento psíquico e de interferência nas capacidades relacionais e produtivas de quem é afetado pelas mesmas (Almeida, 2018).

A nível mundial, verifica-se uma prevalência elevada de perturbações mentais. Na Europa, Portugal é o segundo país com taxa de prevalência de perturbações mentais mais elevada, com o valor de 22.9% (Almeida, 2018). Dentro deste valor, a população portuguesa é afetada principalmente por perturbações da ansiedade (16.5%) e perturbações depressivas (7.9%) (Direção-Geral da Saúde, 2014). No entanto, quando comparada com outras perturbações físicas e psicológicas, a depressão é a principal causa de incapacitação a nível mundial (Castonguay & Oltmanns, 2021). Assim sendo, e tendo em consideração os custos significativos pessoais e sociais desta perturbação, é particularmente importante estudar e analisar as implicações da depressão em vários aspetos da vida quotidiana.

Um desses aspetos são as relações interpessoais (Gotlib & Hammen, 2009), reconhecidas na literatura como um determinante importante na qualidade do bem-estar e da saúde mental (Stewart-Brown, 2005). Independentemente das suas origens causais, quando os indivíduos têm depressão, é evidente a disrupção dos seus processos interpessoais, mais especificamente no que é relativo aos comportamentos interpessoais e das relações sociais (Segrin, 2010).

Outro dos aspetos afetados pela depressão são as habilidades sociais (Segrin, 2000). Segundo Segrin (2000), a literatura sugere que a depressão está associada a déficits em habilidades sociais. No entanto, o seu estudo muitas vezes é negligenciado na investigação, e a ordem causal das habilidades sociais e da depressão ainda está a ser investigada atualmente (Segrin, 2010).

Assim sendo, e considerando que os seres humanos são uma espécie que tende a mover-se em conjunto, instigados por uma necessidade essencial e pervasiva de manter relações interpessoais estáveis e fortes (Hames et al., 2013), torna-se crucial perceber a interação entre

o contexto interpessoal de um indivíduo e a depressão. Além disso, é essencial aprofundar esta interação através do estudo da interação entre as habilidades sociais e os problemas interpessoais.

Com base no supracitado, este estudo pretende estudar o impacto que a depressão pode desempenhar nas relações interpessoais e nas habilidades sociais. Adicionalmente, pretende-se aprofundar que tipo de problemáticas interpessoais e de déficits de habilidades sociais estão associados à depressão, e que tipo de problemáticas sociais estão associadas a déficits de habilidades sociais. Este estudo visa contribuir para a investigação desta área, colmatando também a ausência de estudos da mesma numa amostra da população portuguesa.

Como tal, a presente investigação encontra-se organizada em duas partes: teórica e empírica. Primeiramente, é apresentada uma revisão de literatura cuja intenção se baseia no aprofundamento dos construtos em análise – depressão, problemas interpessoais e habilidades sociais – e das relações entre os mesmos. A segunda parte procura contribuir para a literatura já existente, respondendo empiricamente às questões de investigação levantadas através de um estudo transversal. Desta forma, será apresentada a problemática, os objetivos de investigação e as hipóteses, seguidos da secção de metodologia, na qual são caracterizados os participantes do estudo, os instrumentos utilizados e o procedimento de execução do estudo. Seguidamente, serão apresentados os resultados obtidos na amostra recolhida através da descrição e relação entre as variáveis presentes. Posteriormente, será apresentada a secção de discussão de resultados, que se baseará na análise e interpretação dos resultados, na articulação dos mesmos com resultados de estudos já existentes, e na abordagem das limitações e pontos fortes do presente estudo. Finalmente, concluir-se-á o estudo através da identificação das ideias principais retiradas dos resultados do mesmo e da abordagem da sua contribuição para a literatura referente à temática analisada.

## **Revisão de Literatura**

### **Depressão**

Ao longo da sua vida, o ser humano experiencia períodos naturais de tristeza, de desânimo e de abatimento físico e psicológico que contribuem para o equilíbrio da sua vida e do seu bem-estar físico e psicológico. No entanto, quando estes períodos dominam e prejudicam

o funcionamento psicológico dos indivíduos, este fenómeno deixa de ser natural e passa a ser psicopatológico, configurando o estado depressivo propriamente dito (Nunes, 2009).

A depressão trata-se de uma perturbação de humor que remete para uma ampla variedade de problemas de saúde mental caracterizados pela ausência de afetos positivos (perda de interesse e prazer em experiências e coisas comuns), humor deprimido, e uma série de sintomas emocionais, cognitivos, físicos e comportamentais associados (National Collaborating Centre for Mental Health -UK-, 2010). Estes sintomas podem incluir choro, irritabilidade, raiva, isolamento social, exacerbação de dores pré-existentes, dores provocadas por um aumento de tensão muscular, ausência de libido, fadiga e diminuição de atividade, agitação e ansiedade. Adicionalmente, é usual ocorrer uma diminuição ou um aumento do sono e de apetite, juntamente com uma perda de interesse e prazer na vida quotidiana, baixa autoestima, falta de confiança, ideação suicida, tentativas de automutilação e suicídio, e sentimentos de desamparo, culpa, inutilidade e de merecimento de punição. Relativamente a mudanças cognitivas, estas podem compreender baixa concentração, atenção reduzida, ruminação, lentificação mental, pessimismo e pensamentos negativos recorrentes que o indivíduo tem acerca de si mesmo, do seu passado e do seu futuro (National Collaborating Centre for Mental Health -UK-, 2010).

### ***Crítérios de diagnóstico da depressão***

Dentro das perturbações depressivas, a Perturbação Unipolar, ou Perturbação Depressiva Maior (PDM) considera-se a condição clássica (American Psychiatric Association, 2013). A denominação Unipolar é utilizada para designar depressões que ocorrem isoladas, sem associação com episódios de mania (Andrade, 2005). A identificação desta perturbação é baseada na sua severidade, persistência, presença de outros sintomas, e no grau de comprometimento funcional e social (National Collaborating Centre for Mental Health -UK-, 2010). Segundo o DSM-V (2013), para realizar um diagnóstico, é necessário que estejam presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase

todos os dias; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

A perturbações depressivas são episódicas por natureza, e conseqüentemente os indivíduos com depressão experienciam vários episódios ao longo da sua vida, cada um separado por períodos relativamente livres de sintomas (Steinberg, 1998). O diagnóstico só é válido se estes sintomas ocorrerem durante o período de duas semanas e se representarem uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo. Pelo menos um dos sintomas tem de consistir no humor deprimido ou na perda de interesse ou prazer (American Psychiatric Association, 2013).

Para além disto, é também importante destacar que a comorbidade é a norma entre indivíduos que têm depressão (Gotlib & Hammen, 2009), sendo que, de acordo com um estudo realizado por Kessler et al. (2003), a depressão encontra-se mais frequentemente associada a perturbações de ansiedade, a perturbações de controlo de impulso, e a perturbações de uso de substâncias.

### ***Epidemiologia***

Com o crescimento das desigualdades de rendimento a nível nacional e internacional, a educação e o estatuto socioeconómico têm-se tornado determinantes cruciais da depressão (Freeman et al., 2016). Os autores Freeman et al. (2016) salientam que existe uma associação negativa entre a depressão e o estatuto socioeconómico, sendo que os indivíduos com estatuto socioeconómico mais baixo têm maiores probabilidades de sofrer de depressão. Kessler e Bromet (2013) realçam também que foram documentadas associações entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio. Em adição, o estudo de Freeman et al (2016) revela que uma educação mais alta diminui significativamente as probabilidades de ocorrência de depressão.

Relativamente às características sociodemográficas, é sabido que o estado civil, idade e género estão relacionados com a depressão. Por exemplo, de acordo com Kessler & Bromet (2013), os indivíduos que se encontram separados ou divorciados têm significativamente maiores índices de ocorrência de PDM, e a prevalência da depressão diminui com a idade. As pessoas que se identificam com o género feminino têm o dobro do risco de desenvolver PDM do que as pessoas que se identificam com o género masculino. No entanto, é importante denotar que estas informações são relativas a países ocidentais (Kessler & Bromet, 2013).

Adicionalmente, de acordo com Kattari et al. (2020), os indivíduos que se identificam como não binários são considerados como parte do grupo diverso de pessoas transgênero e de gênero diverso (que são indivíduos cujo gênero, identidade e/ou expressão não se alinham com as expectativas sociais associadas ao sexo que lhes foi atribuído à nascença), e este grupo de indivíduos tem sido consistentemente associado a elevados índices de depressão.

### ***Etiologia***

A etiologia da depressão é multifatorial, pois é provável que nenhum fator isolado explique a sua ocorrência na totalidade. Esta perturbação resulta assim da interação de múltiplos fatores, entre os quais se podem encontrar os seguintes: perturbação do funcionamento de neurotransmissores; historial familiar de depressão ou de alcoolismo; perda precoce de progenitores; negligência; acontecimentos de vida negativos; cônjuge crítico ou hostil; ausência de uma relação íntima e de confiança; ausência de apoio social adequado; e ausência de autoestima a longo prazo. Tendo estes fatores em conta, é de salientar que a depressão não existe isolada, envolvendo sempre uma situação, uma especificidade e um contexto psicossocial (Andrade, 2005).

### ***Consequências da depressão***

Através dos sintomas descritos anteriormente, é possível diferir o impacto substancial que a experiência da depressão tem no indivíduo, no seu funcionamento social e ocupacional, saúde física e mortalidade. Os efeitos cognitivos, emocionais e motivacionais diminuem substancialmente a capacidade do indivíduo de trabalhar efetivamente, levando à perda do rendimento pessoal e familiar. Outros fatores sociais integram uma maior dependência de benefícios sociais, perda de autoestima e autoconfiança, e uma capacidade reduzida de comunicar e manter relações (National Collaborating Centre for Mental Health -UK-, 2010).

A depressão pode também exacerbar a dor, sofrimento e debilitação associados a problemas de saúde físicos, registando-se um maior risco de mortalidade quando esta está associada a uma variedade de doenças físicas (National Collaborating Centre for Mental Health -UK-, 2010). Em adição, a depressão está intimamente associada a comportamentos suicidas e ao risco de suicídio (Gotlib & Hammen, 2009), sendo que o suicídio representa cerca de 1% de

todas as mortes, do qual dois terços ocorrem em pessoas com depressão (National Collaborating Centre for Mental Health -UK-, 2010).

A depressão foi assim classificada como uma das doenças mais onerosas em termos de incapacidade pelo estudo “The Global Burden of Disease” (World Health Organization, 2008). Esta classificação deveu-se principalmente a elevadas taxas de incidência da perturbação e à caracterização da mesma por uma elevada prevalência ao longo da vida, uma idade de início precoce, um comprometimento das funções, e uma elevada cronicidade, recaída e recorrência (Gotlib & Hammen, 2009). De acordo com o National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2010), a depressão possui uma taxa de incidência de cerca de 4 a 10% e uma taxa de prevalência de 10 a 21%. No entanto, estes valores variam consoante a idade da pessoa e o contexto em esta se insere, sendo mais elevados em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos e em pessoas com contextos socioeconómicos e níveis de escolaridade mais precários (LeMoult et al., 2021).

### *Fatores protetores*

Em conformidade com a literatura relacionada com a resiliência face à depressão, foi possível identificar fatores de proteção contra o desenvolvimento da depressão. Estes fatores de proteção englobam maioritariamente fatores hereditários e fatores que podem potencialmente ser trabalhados, como as capacidades de regulação das emoções, os mecanismos de *coping*, e os estilos de pensamento. Além disso, as informações mais consistentes relacionam-se com os efeitos protetores de relacionamentos interpessoais de elevada qualidade, sugerindo que a melhoria destes relacionamentos poderia constituir uma medida de prevenção da depressão (Thapar, 2012).

Adicionalmente, segundo Trombeta (2022), um bom repertório de habilidades sociais pode representar um fator protetor para a depressão, pois pode conduzir a relações interpessoais mais positivas, e melhor acesso a apoio social por parte de outros. Isto espelha assim uma menor vulnerabilidade para o sofrimento psicológico e para o desenvolvimento de perturbações psicológicas (Trombeta, 2022).

## **Problemas Interpessoais**

A maioria das relações sociais inclui interdependência, satisfação de necessidades, e ligação emocional (Jackson-Dwyer, 2014), sendo formadas e desenvolvidas através do envolvimento de aspetos comportamentais, cognitivos e afetivos (Vangelisti & Perlman, 2006). Vangelisti e Perlman (2006) indicam que quando as pessoas são questionadas acerca do que torna as suas vidas significativas e contribui para a sua felicidade, estas frequentemente identificam relações próximas. As relações são assim vitais para vários indicadores de bem-estar, entre os quais se encontram a felicidade, saúde mental e física, e longevidade. No entanto, nem todas as relações constituem experiências positivas (Vangelisti & Perlman, 2006).

Os problemas interpessoais são definidos como dificuldades recorrentes na interação ou na tentativa de interação com outros, representado ações interpessoais que um indivíduo realiza em demasia ou insuficientemente, conseqüentemente causando sofrimento ao mesmo (Locke et al., 2016).

Um modelo teórico que conceptualiza e avalia comportamentos e processos interpessoais é o modelo Circumplexo de Problemas Interpessoais (*Interpersonal Problems Circumplex – IPC*), cuja base conceptual foi criada por Leary (1957, como citado em Wright et al., 2009). De acordo com Wright et al. (2009), dentro deste modelo a personalidade é considerada o estilo interpessoal característico de um indivíduo, representando vários níveis do funcionamento interpessoal, tais como traços, comportamentos, valores, eficácia, reações a outros indivíduos e problemas interpessoais.

O modelo Circumplexo de Problemas Interpessoais indica que os comportamentos interpessoais no geral podem ser organizados graficamente em dois eixos: um eixo horizontal de conexão e um eixo vertical de dominância. A dimensão de conexão varia de comportamentos amigáveis e calorosos a comportamentos hostis e frios, e a dimensão de controlo, autoridade ou influência varia de comportamentos dominantes e controladores a comportamentos de cedência ou renúncia do controlo (Locke, 2006).

Os problemas interpessoais existentes no modelo correspondem a cada combinação desses dois fatores subjacentes (Lo Coco et al., 2012), sendo estes: 1) excessivamente carinhoso, em que o indivíduo pode tentar agradar aos outros em demasia, e ser demasiado generoso, crédulo, carinhoso e permissivo; 2) intrusivo, em que o indivíduo pode realizar autorrevelações inapropriadas, ter dificuldade em passar tempo sozinho, ser demasiado intrusivo e necessitar de atenção; 3) autoritário, caracterizando indivíduos que podem tentar

mudar outros, ser controladores, manipuladores e agressivos; 4) vingativo, em que a pessoa pode ser desconfiada e suspeita de outros e incapaz de preocupar-se com as necessidades e felicidade de outros; 5) frio, caracterizando a incapacidade de um indivíduo expressar afeto, sentir amor por outra pessoa, ser generoso, perdoar, dar-se bem com outros e fazer compromissos de longa duração; 6) socialmente inibido, onde o indivíduo se sente ansioso e envergonhado na presença de outros, tendo dificuldade em iniciar interações sociais, expressar sentimentos e socializar com outros; 7) não-assertivo, caracterizando a dificuldade que um indivíduo tem em dar conhecimento das suas necessidades, e em ser firme e assertivo com outros; e por fim, 8) explorável, um problema que caracteriza um indivíduo crédulo de que os outros se aproveitam, que tem dificuldade em sentir raiva e expressá-la por medo de ofender outros (Gurtman & Balakrishnan, 1998).

O esquema deste modelo encontra-se representado na Figura 1. O espaço é dividido em octantes, cada um representando comportamentos adaptativos que as pessoas têm dificuldade em adotar ou comportamentos desajustados que são exibidos de forma extrema e rígida (McEvoy et al., 2013).

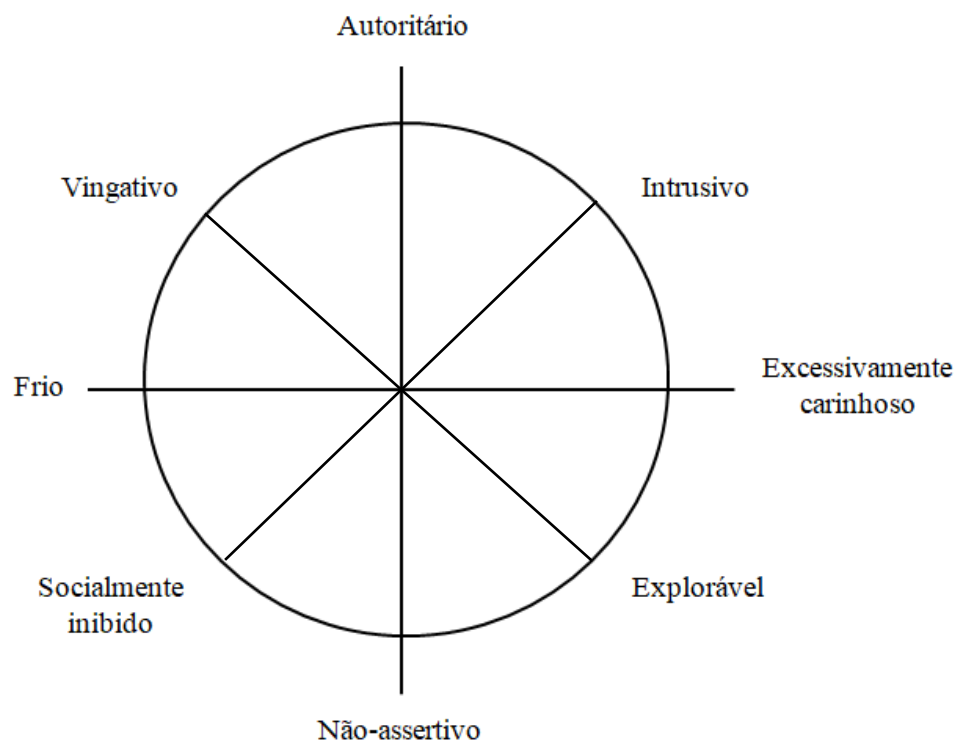


Figura 1. Representação do modelo Circumplexo de Problemas Interpessoais (Leary, 1957), de acordo com Lo Coco et al. (2012) e Horowitz et al. (1997).

Os problemas interpessoais podem constituir tendências duradouras que provocam sofrimento, encontrando-se associados a diversos problemas psicológicos, incluindo a perturbação de ansiedade generalizada, depressão e perturbações alimentares (McEvoy et al., 2013).

O modelo Circumplexo de Problemas Interpessoais (Leary, 1957), ainda que seja uma abordagem útil e relevante para entender problemas interpessoais, tem algumas limitações, como por exemplo: simplificação excessiva (em 8 categorias) da complexidade das interações humanas; não tem em conta as diferenças culturais nas dinâmicas interpessoais; apresenta os problemas interpessoais como traços fixos, sem ter em conta a possibilidade de mudanças e desenvolvimentos ao longo do tempo. No entanto, recentemente, este modelo tornou-se o mais popular para conceptualizar, organizar e avaliar disposições interpessoais, por ser o modelo mais elegante geometricamente e empiricamente robusto no qual as pessoas traçam as suas vidas interpessoais (Locke, 2006).

### ***Problemas Interpessoais e Depressão***

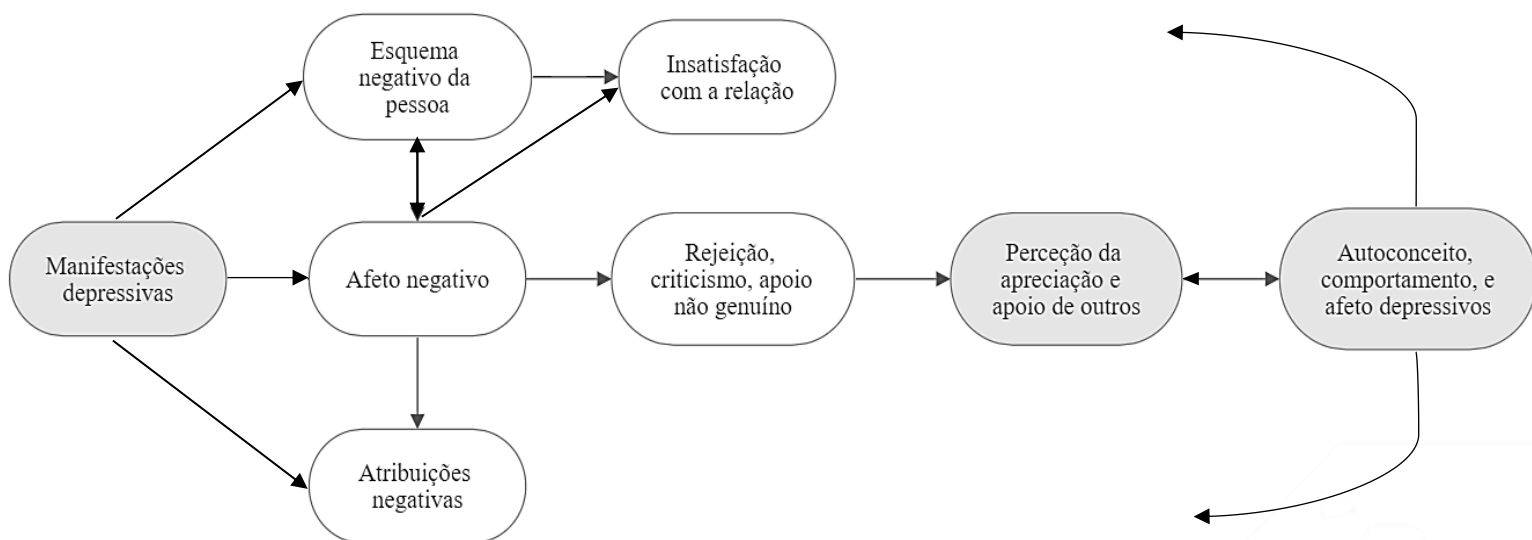
Os problemas interpessoais estão presentes mesmo nos casos mais moderados de depressão (McMillen et al., 2021). Para os indivíduos com depressão, as interações são menos satisfatórias e íntimas, sendo que tanto adolescentes como adultos apresentam dificuldades relacionais que causam um sofrimento significativo (Triscoli et al., 2019). De acordo com Gotlib & Lee (1989, como citado em Hames et al., 2013), as relações de indivíduos com depressão tendencialmente são caracterizadas por intimidade, atividade e envolvimento diminuídos, rejeição e insatisfação.

De acordo com McMillen et al. (2021), a maioria das investigações realizadas indicam que o problema interpessoal mais comum identificado em pessoas com depressão é a submissão excessiva. No seu estudo, Barret & Barber (2007) concluíram que os indivíduos com Perturbação Depressiva Maior (PDM) apresentam tendencialmente problemas de isolamento social, evitamento de situações sociais, falta de assertividade e frieza ou distanciamento. No entanto, um número limitado de estudos indica que um subgrupo de pessoas com depressão se identifica como dominante, vingativo e intrusivo, e que outro subgrupo de pessoas com depressão é emocionalmente caloroso (McMillen et al., 2021).

Quilty et al. (2013) salientam ainda que os adultos com depressão têm tendência a distanciar-se de apoios sociais e a demonstrar comportamentos tímidos e aquiescentes. É

improvável que estas pessoas procurem proximidade ou apoio social, criando uma distância interpessoal ainda maior quando necessitam de ajuda, o que demonstra que as suas disfunções sociais são exacerbadas por ciclos de interações pessoais mal adaptativas que contribuem para os processos depressivos (Quilty et al., 2013).

De acordo com Segrin (2010), na literatura não há um consenso sobre a natureza da relação entre a depressão e os problemas interpessoais. Tendo isto em conta, Sacco & Vaughan (2014) debruçaram-se acerca da influência que a depressão tem sobre os processos interpessoais e vice-versa, criando o modelo cognitivo-social de processos interpessoais na depressão, cuja esquematização é possível observar na figura 1:



*Figura 2.* Representação do modelo cognitivo-social de processos interpessoais na depressão, de acordo com Sacco & Vaughan (2014). As áreas brancas representam as respostas de outros e as áreas escuras representam as respostas do indivíduo com depressão.

O modelo cognitivo-social de processos interpessoais na depressão é um modelo integrativo que pretende descrever o processo interpessoal onde a pessoa com depressão (ou pessoa propensa à depressão) e os outros indivíduos no seu ambiente social influenciam os resultados interpessoais (Sacco, 1999). Segundo o modelo, em resposta a exposições depressivas (p.e. procura de reafirmação ou auto-depreciação), os outros vão desenvolver representações mentais (perceções de características e atribuições) negativamente enviesadas do indivíduo

depressivo e vão simultaneamente experienciar reações afetivas negativas (p.e. raiva ou humor deprimido). Estas reações negativas levam a insatisfação na relação e a respostas comportamentais negativas dirigidas ao indivíduo depressivo, sendo que estas respostas podem tomar a forma de criticismo, argumentação, afastamento, apoio não genuíno, e rejeição. Quando a pessoa deprimida deteta estes comportamentos, vai percecioná-los como apreciações negativas e perda de apoio, o que irá influenciar a sua autoestima, humor e comportamentos. Deste modo, estas perceções são consideradas as influências mais iminentes das manifestações depressivas (Sacco & Vaughan, 2014).

Por conseguinte, de acordo com o modelo, as reações da pessoa deprimida (p.e. aumento de procura de reafirmações) vão reforçar a tendência que os outros têm de reagir negativamente à mesma e a visão negativa que os outros têm dessa pessoa. Isto vai levar a exibições depressivas mais acentuadas, reforçando o processo interpessoal potenciador da depressão (Sacco & Vaughan, 2014).

O foco deste modelo está assente em dois construtos cognitivo-sociais - as atribuições e o esquema da pessoa – e nas reações afetivas associadas aos mesmos (Sacco & Vaughan, 2014). O esquema da pessoa é uma estrutura de memória que consiste num modelo mental das características, interesses e valores da pessoa deprimida, organizando informação abstrata e concreta acerca do indivíduo deprimido que vai influenciar (p.e. preconceito) o processamento de informação relativa ao mesmo. É esperado que os outros desenvolvam um esquema da pessoa deprimida negativo (Sacco, 1999). Relativamente às atribuições, Sacco e Vaughan (2014) sugerem que estas envolvem um enviesamento atribucional negativo mais acentuado dirigido ao indivíduo deprimido, particularmente relativamente aos seus problemas e insucessos. Assim, estas atribuições representam uma maior disposição e evocam julgamentos de culpa, motivação egoísta e intencionalidade mais elevados (Sacco & Vaughan, 2014).

Consequentemente, as atribuições negativamente enviesadas e os esquemas da pessoa negativos vão gerar e intensificar reações afetivas negativas. Estas atribuições, representações esquemáticas e afetos vão mediar a insatisfação na relação e as reações comportamentais negativas dos outros, sendo que os outros estão menos satisfeitos em relações com pessoas com depressão, em comparação com pessoas sem depressão, sendo que estas têm maior propensão a rejeitar, criticar, ou oferecer apoio não genuíno a pessoas que demonstrem sintomas de depressão (Sacco & Vaughan, 2014).

Este modelo providencia um enquadramento integrativo que facilita a organização e o entendimento das relações entre as várias variáveis presentes no mesmo, que têm um papel importante em determinar o teor das interações sociais entre pessoas com depressão e entre os indivíduos que as rodeiam (Tenzer et al., 2006).

## **Habilidades Sociais**

Todas as interações sociais envolvem dar e receber entre duas ou mais pessoas, de forma a atingir um equilíbrio entre as suas necessidades e objetivos, e a devolução de uma resposta Mueser et al., (2013).

O conceito de habilidades sociais tem definições variadas (Segrin, 2000), sendo um termo adotado por Fundinho et al. (2021) que será utilizado ao longo deste estudo. De acordo com Liberman et al. (1989, como citado em Mueser et al., 2013), as habilidades sociais consistem nas capacidades interpessoais necessárias para atingir objetivos instrumentais, como comprar algo numa loja, e objetivos afetivos, como começar uma conversa com um estranho. Para atingir os seus objetivos, os indivíduos precisam de modificar os seus comportamentos constantemente com base no *feedback* de outros (Trower, 1980, como citado em Tse & Bond, 2004).

Tse & Bond (2004) distinguem três componentes relevantes que funcionam em diferentes fases da interação interpessoal e que permitem aos indivíduos atingir os seus objetivos: componente percetivo, componente cognitivo e componente de performance. O componente percetivo compreende o processo envolvido na seleção de informação, o componente cognitivo auxilia na interpretação da informação selecionada e na criação das escolhas de respostas comportamentais, e o componente de performance consiste no ato de realização do comportamento escolhido (Tse & Bond, 2004). Este comportamento deve ser adequado (não violar normas sociais, valores ou expetativas), e eficaz (o comportamento permite cumprir os objetivos pretendidos na interação) (Segrin, 2000).

Adicionalmente, as habilidades sociais possuem como componentes comportamentais os elementos paralinguísticos (p.e. tom de voz), as habilidades não verbais (p.e. uso de gestos), o equilíbrio interativo (p.e. responsividade), e o conteúdo verbal (p.e. relevância do tópico conversacional) (Mueser et al., 2013). Deste modo, as respostas comportamentais podem variar

entre um simples gesto ou sorriso e uma sequência de elementos verbais e não verbais (Tse & Bond, 2004).

As interações interpessoais ocorrem em contextos variados, como o contexto familiar, escolar, profissional e de lazer, e cada contexto exige determinados desempenhos que remetem para um repertório vasto de habilidades sociais por parte dos indivíduos (Cia et al., 2006). Segundo Del Prette & Del Prette (2013), um repertório elaborado de habilidades sociais implica a presença de diferentes classes comportamentais. Os autores propõem as seguintes classes: 1) habilidades sociais de comunicação, relacionadas com fazer perguntas e respostas, dar e pedir *feedback*, elogiar e começar, manter e terminar conversas; 2) habilidades sociais de civilidade, que se referem à capacidade de um indivíduo dizer “por favor”, agradecer, cumprimentar, apresentar-se e despedir-se; 3) habilidades sociais de assertividade, direito e cidadania, que compreendem a capacidade que um indivíduo tem de manifestar a sua opinião, concordar, discordar, aceitar e recusar pedidos, pedir desculpa, admitir erros, interagir com figuras de autoridade, estabelecer relações afetivas e sexuais, terminar relações, expressar zanga ou desagrado, pedir mudanças de comportamento e lidar com criticismo; 4) habilidades sociais empáticas, como parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; 5) habilidades sociais de trabalho, que abrangem a coordenação de grupos, falar em público, resolução de problemas, realização de decisões, mediação de conflitos e habilidades sociais educativas; e, por fim, 6) habilidades sociais de expressar sentimentos positivos, que envolvem fazer amigos, expressar solidariedade e cultivar amor (Del Prette & Del Prette, 2013).

Estas habilidades vão emergindo gradualmente ao longo da infância e adolescência, refletindo as interações dinâmicas entre o indivíduo e o ambiente que o rodeia (Beauchamp & Anderson, 2010). No entanto, quando existem déficits das habilidades sociais, estes provocam uma série de perturbações sociais e adaptativas relativas às interações sociais (Del Prette & Del Prette, 2013), podendo levar a sofrimento psicológico, isolamento social, autoestima reduzida, e pode impactar significativamente a qualidade de vida. Em adição, os indivíduos que possuem estes déficits podem desenvolver problemas psicológicos como perturbação de ansiedade, timidez excessiva, problemas sexuais e depressão (Santana et al., 2017). As habilidades sociais são assim indispensáveis para o bem-estar do indivíduo e para a sua capacidade de desenvolver e formar relações duradouras e de participar e funcionar na sua comunidade (Beauchamp & Anderson, 2010).

## ***Habilidades Sociais e Depressão***

Como já se verificou, os indivíduos com depressão estão predispostos a disposições interpessoais e comportamentos que podem debilitar o seu ambiente interpessoal (Locke et al., 2016), nomeadamente no que se refere a déficits em habilidades sociais, que, segundo Segrin (2000), têm sido relacionados com a depressão. Deste modo, foram identificadas diferenças básicas entre pessoas que têm depressão e pessoas que não têm depressão, e a intensidade dessas diferenças pode variar consoante a severidade do estado depressivo (Hames et al., 2013).

Dentro dos componentes das diferentes fases da interação social mencionados na secção anterior, no que se refere ao componente perceptivo, as pessoas com depressão podem possuir mais dificuldades de concentração, o que sugere uma atenção focada no *self* e uma preocupação com os seus pensamentos internos, levando a uma existência de poucos recursos cognitivos para processar sinais exteriores, como sinais verbais e não verbais de outros indivíduos. Adicionalmente, a limitação das suas capacidades cognitivas leva as pessoas com depressão a escolher informação negativa, compatível com os seus estados internos, tendo assim mais atenção a tons de rejeição e acreditando que é mais provável serem rejeitadas. Relativamente à componente cognitiva, as crenças negativas das pessoas com depressão podem influenciar o tornar as suas perceções mais negativas, como as expressões faciais de outros, a avaliação das suas próprias habilidades sociais, as atitudes de outros, as suas respostas a outros, entre outros. No que toca à componente da performance, as pessoas com depressão demonstram sintomas de anedonia, pausando durante mais tempo após as verbalizações dos seus parceiros e falando e sorrindo menos, por exemplo (Tse & Bond, 2004).

A nível comportamental, os indivíduos deprimidos envolvem-se habitualmente em apenas metade do número de ações sociais ou interpessoais do que as pessoas sem depressão, como iniciar conversas ou responder a outras pessoas, levando a uma interação social muito menor. Comparados com pessoas que não têm depressão, estes indivíduos podem realizar menos contacto ocular, tocar mais em si mesmos (p.e. esfregar, coçar), e as suas expressões faciais podem ser menos animadas, exceto quando expressam tristeza (Hames et al., 2013). Relativamente à sua postura, estas pessoas podem manter a sua cabeça numa posição virada para baixo mais frequentemente, realizando também menos gestos não verbais que indiquem interesse em outros (Gotlib & Hammen, 2009).

Relativamente ao discurso, as investigações realizadas analisaram tanto a sua qualidade como o seu conteúdo. No que diz respeito à qualidade, as pessoas com depressão falam mais lentamente, e com menos volume e modelação da voz, levando a que as suas vozes sejam percecionadas mais negativamente por outros (Gotlib & Hammen, 2009). No que toca ao conteúdo do discurso, os indivíduos com depressão têm tendência a ser mais negativos, revelando sentimentos ou eventos negativos sem solicitação, possivelmente em momentos sociais inapropriados. É mais provável este negativismo surgir quando estes indivíduos interagem com pessoas com que têm relações mais íntimas, surgindo tendencialmente na forma de partilha de sentimentos de disforia e autoavaliação negativa, e colocando a pessoa com depressão em risco de sofrer rejeição social e solidão (Hames et al., 2013). Por outro lado, a dificuldade de concentração, os sentimentos de inutilidade e o afastamento social que são comuns na depressão podem perturbar o comportamento social e o desejo de interagir com outras pessoas (Segrin, 2000).

De acordo com Segrin (2000), na literatura não há um consenso acerca da natureza da relação entre as habilidades sociais e a depressão. Existem evidências que comprovam que esta relação é bidirecional, ou seja, os déficits em habilidades sociais são consequência da depressão e evidências que comprovam que os déficits em habilidades sociais são fatores de vulnerabilidade no desenvolvimento da depressão. Lewinsohn et al. (1981) propuseram a Hipótese da Cicatriz, que consiste essencialmente na ideia de que um episódio de depressão atua como uma lesão que impacta permanentemente as capacidades cognitivas e sociais do indivíduo. A partir desta hipótese, os autores sugeriram a hipótese de que a experiência de um estado depressivo é suficiente para levar a uma diminuição das habilidades sociais. Esta ideia tem sido simultaneamente sustentada e refutada num número limitado de estudos que analisam os efeitos de longa duração da depressão (Segrin, 2000), permanecendo a mais adequada presente na literatura relativa a este tema.

### **Problemas Interpessoais e Habilidades Sociais**

São ainda poucos os estudos que relacionam os problemas interpessoais com as habilidades sociais. No entanto, de acordo com Tavares et al. (2012), na literatura é consensual a importância das habilidades sociais para a explicação de determinados padrões em relações interpessoais. Isto porque ao longo do tempo o treino de habilidades sociais tem obtido

resultados positivos nas dificuldades interpessoais, como, por exemplo, ao nível das capacidades de comunicação e da resolução de problemas (Tavares et al., 2012).

Para além disso, é sabido que as pessoas com depressão têm maior probabilidade de estar envolvidas em circunstâncias interpessoais turbulentas ou empobrecidas, e as razões destas dificuldades interpessoais são variadas, incluindo déficits em habilidades sociais, reações negativas de outras pessoas, geração de *stress* interpessoal e procura excessiva de reafirmação (Segrin & Rynes, 2009).

Assim sendo, Segrin & Taylor (2007, como citados em Segrin & Rynes, 2009) apresentam a hipótese com suporte empírico de que as pessoas com boas habilidades sociais têm maior capacidade de cultivar e manter relações interpessoais de qualidade. Em contraste, as pessoas com déficits de habilidades sociais teriam menor capacidade de gerar relações interpessoais positivas, consequentemente tornando-as vulneráveis a sintomas depressivos (Segrin & Rynes, 2009). Desta forma, as relações interpessoais positivas constituem uma repercussão plausível de ter habilidades sociais adequadas. Por outro lado, constituem também um mecanismo que explica o porquê de os déficits de habilidades sociais poderem estar associados a estados psicológicos negativos, como a depressão (Segrin & Rynes, 2009).

## **Problemática**

### **Problemática e Objetivos de Investigação**

Os estudos realizados acerca de perturbações de saúde mental têm muitas vezes negligenciado ou minimizado a complexidade do contexto interpessoal em que as mesmas se encontram inseridas (Gotlib & Hammen, 2009). Os estudos existentes focam-se maioritariamente no estudo dos efeitos que esse contexto tem sobre as perturbações, nomeadamente como este apresenta um fator de risco ou de manutenção das mesmas. No entanto, a literatura revela que os problemas de saúde mental podem ter um efeito negativo nas relações interpessoais, sendo que em certos casos, os problemas de saúde mental e de relações interpessoais aparentam construir um ciclo vicioso, em que um alimenta o outro (Segrin, 1998). Tendo isto em conta, assim como a importância da qualidade das relações interpessoais e das habilidades sociais para a saúde mental, é importante realizar estudos que se debrucem sobre o impacto que as perturbações de saúde mental têm nas relações interpessoais e nas habilidades

sociais, assim como o tipo de problemáticas interpessoais e de déficits de habilidades sociais que estão associadas a diferentes perturbações, nomeadamente a depressão, e o tipo de problemáticas sociais que estão associadas a déficits de habilidades sociais. Este estudo visa contribuir para a investigação desta área, colmatando também a ausência de estudos da mesma numa amostra da população portuguesa.

Deste modo, este estudo visou responder à seguinte pergunta de investigação:

*Em adultos residentes em Portugal, existe relação entre os sintomas de depressão (comparado à ausência dos mesmos), as habilidades sociais e as problemáticas de relações interpessoais?*

De forma a responder a esta pergunta, este estudo pretende descrever a associação entre os sintomas de depressão, as habilidades sociais e as problemáticas das relações interpessoais na população de adultos residentes em Portugal.

## **Hipóteses**

A partir da literatura supracitada neste estudo correlacional não causal, as hipóteses de investigação constantes na presente dissertação são:

*Hipótese 1:* Os adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão reportam significativamente mais problemáticas de relações interpessoais comparativamente aos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão.

*Hipótese 2:* Os problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão diferem dos problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão

*Hipótese 3:* Os adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão reportam significativamente menos habilidades sociais comparativamente aos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão.

*Hipótese 4:* As habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão diferem das habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão.

*Hipótese 5:* Os adultos residentes em Portugal com menos habilidades sociais reportam significativamente mais problemáticas de relações interpessoais comparativamente aos adultos residentes em Portugal com mais habilidades sociais.

*Hipótese 6:* O nível de habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão está relacionado com problemas interpessoais específicos.

## **Metodologia**

### **Participantes**

Para a realização deste estudo foram recrutados como participantes indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 65 anos de nacionalidade portuguesa, com residência em Portugal, e com capacidade de dar o seu consentimento informado para a realização do questionário de recolha de dados e a possibilidade de realização do mesmo *online*. Este intervalo de idades foi escolhido por ser o período em que as taxas de incidência e prevalência da perturbação depressiva são mais elevadas.

Estes sujeitos foram selecionados para o estudo por conveniência, através da divulgação de um questionário online em plataformas de redes sociais como *Facebook*, *Instagram*, *LinkedIn* e *Twitter*.

Foram recolhidos os dados de 216 sujeitos, dos quais 201 foram considerados válidos. Os sujeitos cujos dados foram considerados inválidos apresentavam idades que ultrapassavam os critérios estabelecidos, tinham residência fora de Portugal, e não tinham nacionalidade portuguesa.

### **Instrumentos**

No âmbito deste estudo foram utilizados 4 instrumentos: o Questionário de dados sociodemográficos, o *Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette* (IHS-Del Prette), o *Inventário de Problemas Interpessoais* (IPI-32) e o *Inventário de Depressão de Beck II* (BDI-II).

### ***Questionário de dados sociodemográficos***

O Questionário de dados sociodemográficos foi elaborado de forma a caracterizar a amostra relativamente à sua idade, género, nacionalidade, país de residência, distrito de residência, habilitações literárias concluídas, estado civil, situação profissional, e estatuto socioeconómico percebido.

O estatuto socioeconómico percebido foi avaliado através do instrumento “MacArthur Scale of Subjective Social Status”, que foi adaptado para a língua portuguesa por Ferreira (2016) e desenvolvido por Adler et al. (2000). Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção que o indivíduo tem do seu estatuto social. É exibido ao indivíduo o desenho de uma escada com degraus numerados de 1 a 10, onde o 1 corresponde à Base do estatuto socioeconómico da sua comunidade e o 10 corresponde ao Topo, sendo pedido ao mesmo que defina o seu estatuto social através da escolha do degrau que melhor o represente no momento. Este instrumento avalia em dois momentos o sujeito na sociedade em geral e o sujeito enquanto membro da sua comunidade (Ferreira, 2016).

### ***Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS-Del Prette)***

O Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS-Del Prette) é uma adaptação para a língua portuguesa realizada por Fundinho et al. (2021) da escala *The Social Skills Inventory – Del Prette* (SSI-Del-Prette), desenvolvida por Del Prette & Del Prette (2013). Esta escala de autoavaliação de 22 itens (Fundinho et al., 2021) permite caracterizar déficits de habilidades sociais através da avaliação do conjunto de habilidades sociais necessárias para os diversos tipos de situações interpessoais que ocorrem diariamente. Cada item representa uma situação e uma possível ação ou reação perante a mesma, sendo pedido ao sujeito que indique a frequência com que reage segundo a situação descrita (Del Prette & Del Prette, 2013). Os itens são depois avaliados numa escala tipo *Likert* cotada de 1 (Nunca ou raramente) a 5 (Sempre ou quase sempre) (Fundinho et al., 2021).

A estrutura fatorial da escala é constituída por 6 fatores: F1 - Conversação e confiança social; F2 - Conforto com a auto-exposição; F3 - Auto-expressão de afeto positivo; F4 - *Coping* assertivo com risco; F5 - Defender interesses e opiniões; e F6 - Dar e receber elogios. Alguns exemplos de itens de cada dimensão, respetivamente, são “Num grupo de pessoas desconhecidas, fico à vontade, conversando naturalmente.”, “Evito fazer discursos ou tecer muitas considerações a pessoas desconhecidas.”, “Ao sentir que preciso de ajuda, tenho

facilidade em pedi-la a alguém do meu círculo de amigos.”, “Se um(a) amigo(a) abusa da minha boa vontade, expresso-lhe diretamente o meu desagrado.”, “Numa situação de grupo, quando alguém é injustiçado, reajo em sua defesa.”, e “Ao ser elogiado(a) sinceramente por alguém, respondo-lhe agradecendo.” (Fundinho et al., 2021).

O IHS-Del Prette tem sido amplamente aceite e utilizado pelos profissionais e investigadores da área da Psicologia (Del Prette & Del Prette, 2013), podendo constituir uma ferramenta importante para o desenvolvimento de programas de intervenção, prevenção e treino ao nível de competência social para a população adulta. A sua adaptação para a língua portuguesa apresenta uma consistência interna aceitável, com um alfa de Cronbach de 0,797 (Fundinho et al., 2021). No nosso estudo, a consistência interna foi de 0,855.

### ***Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32)***

O Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32) é uma adaptação para a língua portuguesa realizada por Faustino e Vasco (2020) da escala *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32), desenvolvida por Barkham et al. (1996). Este inventário de autoavaliação consiste numa versão reduzida de 32 itens que avalia os comportamentos ou estilos interpessoais dos indivíduos, incluindo dificuldades ou problemas interpessoais. Desta forma, o IPI-32 avalia 8 dimensões, cada uma delas constituída por 4 itens representando um problema. Estes itens são avaliados numa escala tipo *Likert* cotada de 0 (De forma alguma) a 4 (Extremamente), sendo pedido ao indivíduo que escolha o número que melhor descreve a forma como cada problema tem sido perturbador para si (Faustino & Vasco, 2020).

Cada dimensão representa um domínio interpessoal, sendo estes Autoritário/Controlador, Vingativo/Egocêntrico, Frio/Distante, Socialmente inibido, Não Assertivo, Excessivamente Acomodado, Autossacrifício, Intrusivo/Carente. Alguns exemplos de itens de cada dimensão, respetivamente, são “Fico irritado ou zangado muito facilmente.”, “Sou demasiado dependente dos outros.”, “Mostrar afeto pelos outros.”, “Fazer amigos.”, “Discordar de outras pessoas.”, “Pôr as necessidades dos outros à frente das minhas.”, “Sou demasiado afetado/a pelo sofrimento das outras pessoas.” e “Conto frequentemente a minha vida pessoal às outras pessoas.” (Faustino & Vasco, 2020).

O IPI-32 é dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de problemas interpessoais. A análise psicométrica do instrumento realizada por Faustino & Vasco (2020) argumenta que este parece ser fidedigno e tem uma consistência interna muito boa, com um

coeficiente de alfa de Cronbach de 0.93, mas que são necessários mais estudos que explorem a sua validade e confiabilidade em amostras da população portuguesa (Faustino & Vasco, 2020). No nosso estudo, a consistência interna foi de 0,857.

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

O Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) é uma adaptação para a língua portuguesa realizada por Martins (2000) do *Beck Depression Inventory – Second Edition*, desenvolvido por Beck, Steer e Brown (1996). Esta versão é a mais recente do *Beck Depression Inventory* (BDI), um instrumento muito utilizado para a avaliação da gravidade da depressão em pessoas deprimidas ou para detetar uma possível depressão em pessoas normais (Ponciano, Cardoso & Pereira, 2005).

Este instrumento consiste numa escala de autoavaliação constituída por 21 categorias que avaliam sintomas e atitudes, cada uma constituída por uma série de 4 a 6 respostas possíveis na forma de frases que remetem para graus crescentes de intensidade da sintomatologia depressiva (Martins, 2000). Estas respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* cotada de 0 a 3, sendo pedido ao indivíduo que escolha apenas uma frase de cada grupo que melhor descreva a maneira como se tem sentido nas últimas duas semanas, incluindo o dia de realização do questionário (Ponciano, Cardoso & Pereira, 2005).

Cada grupo representa um aspeto da depressão, sendo estes a tristeza, o pessimismo, os fracassos do passado, a perda de prazer, os sentimentos de culpa, os sentimentos de punição, a auto-depreciação, a autocrítica, os pensamentos ou desejos suicidas, o choro, a agitação, a perda de interesse, a incapacidade de decidir, a falta de valor pessoal, a perda de energia, as alterações no padrão de sono, a irritabilidade, as alterações do apetite, as dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga, perda de interesse em sexo. Alguns exemplos de itens de cada dimensão, respetivamente, são “Não me sinto triste.”, “Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que antes.”, “Sinto-me completamente falhado como pessoa.”, “Eu não gosto tanto das coisas como costumava.”, “Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.”, “Não sinto que esteja a ser castigado.”, “Eu não gosto de mim.”, “Não me critico mais que o habitual.”, “Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.”, “Choro por tudo e por nada.”, “Estou tão agitado que é difícil parar quieto.”, “É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.”, “Tomo decisões como sempre o fiz.”, “Não me considero tão válido e útil como costumava.”, “Não me sinto com energia para nada.”, “Durmo a maior parte do tempo durante

o dia.”, “Estou irritável o tempo todo.”, “Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.”, “Concentro-me tão bem como antes.”, “Canso-me mais facilmente que o costume.”, “Sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.” (Martins, 2000).

A pontuação do instrumento pode variar entre os 0 e os 63 pontos, sendo que uma pontuação total superior a 13 pontos indicia a existência de sintomatologia depressiva. O BDI-II é frequentemente utilizado na prática clínica, constituindo uma medida fiável e valiosa de boa consistência interna, com um *alfa* de *Cronbach* de 0,89 (Martins, 2000). No nosso estudo, a consistência interna foi de 0,937.

## **Procedimento**

De modo a recolher os dados necessários para a realização deste estudo foi elaborado um questionário na plataforma *Google Forms* reunindo os instrumentos abordados na secção anterior. Neste questionário foi primeiramente apresentado um consentimento informado com o qual os sujeitos tiveram de concordar antes de prosseguir para a aplicação dos instrumentos. Como se pode verificar no Anexo A, o conteúdo do consentimento informado consistiu essencialmente na divulgação da informação dos objetivos do estudo, da obrigação de confidencialidade por parte de todos os profissionais envolvidos, e da natureza voluntária do estudo, existindo a opção de terminar o preenchimento do questionário a qualquer momento.

Adicionalmente, de forma a reunir o número necessário de participantes, o questionário foi divulgado *online* em plataformas de redes sociais como o *Instagram*, *Twitter*, *Facebook* e *LinkedIn*. O questionário esteve em divulgação desde janeiro a maio de 2023, cerca de cinco meses.

## **Análise Estatística**

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, e os dados foram analisados através do programa SPSS versão 29, sendo posteriormente classificados e codificados de acordo com o tipo de variável. Relativamente aos instrumentos utilizados, como indicado pelos autores das adaptações utilizadas, foram recodificados inversamente os itens 13 e 17 do Inventário de Problemas Interpessoais (IPI – 32) e os itens 3, 8, 15 e 17 do Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS – Del Prette).

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, foram criadas as variáveis idade, género, nacionalidade, país de residência, distrito de residência, habilitações literárias concluídas, estado civil e situação profissional. Na variável habilitações literárias, devido a uma baixa percentagem de participantes dentro das categorias “*Bacharelato*”, “*Curso Profissional/Tecnológico*” e “*Outro*”, estas foram agregadas à categoria “*Ensino Secundário (12º ano)*”, sendo o processo repetido para as categorias “*Doutoramento*” e “*Pós-graduação*”, que foram agregadas à categoria “*Mestrado*”. De modo semelhante, na variável estado civil, devido a uma baixa percentagem de participantes dentro da categoria “*Viúvo/a/e*”, esta foi agregada à categoria “*Divorciado/a/e / Separado/a/e*”, e na variável “*Situação Profissional*” o mesmo processo ocorreu com as categorias “*Reformado/a/e*” e “*Outro*”, que foram agregadas à categoria “*Desempregado/a/e*”.

De forma a interpretar os resultados do valor total do BDI-II, foi utilizado como ponto de *cutoff* a pontuação da depressão ligeira, indicada por Martins (2000), dividindo os mesmos em sintomatologia mínima (de 0 até 13 pontos), ou seja, ausência de sintomatologia depressiva, e depressão (acima de 13 pontos), ou seja, presença de sintomatologia depressiva. No que é relativo ao IPI – 32, de acordo com Faustino & Vasco (2020), e de forma a interpretar os resultados do valor total, estes foram transformados em 8 dimensões - autoritário/controlador, vingativo/egocêntrico, frio/distante, socialmente inibido, não assertivo, excessivamente acomodado, autossacrifício e intrusivo/carente. De modo semelhante, no IHS – Del Prette, para interpretar os resultados do valor total estes foram transformados em 6 fatores identificados por Fundinho et al. (2021) - conversação e confiança social, conforto com a auto-exposição, auto-expressão de afeto positivo, *coping* assertivo com risco, defender interesses e opiniões e dar e receber elogios.

Os resultados que se seguem baseiam-se na Teoria do Limite Central, um conceito de estatística que indica que em amostras de grande dimensão, superiores a 30 participantes, a distribuição tende naturalmente para a normalidade (Marôco, 2018). Deste modo, não foi verificada a normalidade para efeito de verificação de pressupostos, e os testes realizados foram testes paramétricos.

Os dados foram analisados inicialmente a partir da estatística descritiva por idade, género, nacionalidade, país de residência, distrito de residência, habilitações literárias concluídas, estado civil, situação profissional, e estatuto socioeconómico percebido.

Adicionalmente, foi realizada uma análise através do teste dos Coeficientes de *Pearson* entre todas as variáveis existentes.

Primeiramente, de forma a confirmar ou infirmar a primeira hipótese em estudo, que defende que os adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão reportam significativamente mais problemáticas de relações interpessoais comparativamente aos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão, foi realizado um teste comparativo *T-student*, para indivíduos sem sintomatologia depressiva e indivíduos com sintomatologia depressiva. O mesmo teste foi utilizado para confirmar ou infirmar a segunda hipótese em estudo, que defende que os problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão diferem dos problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão. Adicionalmente, de modo a verificar se existiriam mais preditores dos problemas interpessoais, realizou-se um modelo de regressão linear. As variáveis sociodemográficas utilizadas neste modelo foram previamente transformadas em variáveis Dummy.

Seguidamente, para confirmar ou infirmar a terceira hipótese em estudo, cuja premissa indica que os adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão reportam significativamente menos habilidades sociais comparativamente aos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão, foi realizado um teste comparativo *T-student*, para indivíduos sem sintomatologia depressiva e indivíduos com sintomatologia depressiva. O mesmo teste foi utilizado para confirmar ou infirmar a quarta hipótese, que indica que as habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão diferem das habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal sem sintomas de depressão. Novamente, de modo a verificar se existiriam mais preditores das habilidades sociais, realizou-se um modelo de regressão linear, e as variáveis sociodemográficas utilizadas neste modelo foram previamente transformadas em variáveis Dummy.

A avaliação da quinta hipótese, que postula que os adultos residentes em Portugal com menos habilidades sociais reportam significativamente mais problemáticas de relações interpessoais comparativamente aos adultos residentes em Portugal com mais habilidades sociais, foi realizada através de um modelo de Regressão Linear, para testar os preditores dos problemas interpessoais. Novamente, as variáveis sociodemográficas utilizadas neste modelo foram previamente transformadas em variáveis Dummy

Por fim, de forma a avaliar a sexta hipótese, que postula que as habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal com mais sintomas de depressão estão relacionadas com problemas interpessoais específicos, foi realizada uma correlação de *Pearson* de forma a avaliar a relação entre os diferentes octantes de problemas interpessoais e os diferentes fatores de habilidades sociais.

## **Resultados**

### ***Medidas Descritivas das Dimensões em Estudo***

A amostra analisada foi composta por 201 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos ( $M = 33,14$ ). 141 (70,1%) foram mulheres, 52 (25,9%) foram homens e 8 (4%) foram do género não-binário. Relativamente às habilitações literárias, 9 (4,5%) dos participantes obtiveram formação até ao terceiro ciclo do ensino básico (9ºano), 67 (33,4%) até ao Ensino Secundário (12º ano), Bacharelato ou Curso Profissional/Tecnológico/Outro, 79 (39,3%) concluíram uma licenciatura e 46 (22,9%) concluíram o mestrado, doutoramento ou pós-graduação. No que se refere ao estado civil, 81 (40,3%) participantes encontravam-se solteiros, 53 (26,4%) encontravam-se numa relação, 52 (25,9%) encontravam-se casados ou numa união de facto e 15 (7,5%) estavam separados ou viúvos. Destes participantes, 73 (36,3%) são estudantes, 25 (12,4%) são trabalhadores estudantes, 92 (45,8%) encontram-se empregados e 11 (5,5%) encontram-se desempregados, reformados ou outro. Por fim, no que diz respeito ao estatuto socioeconómico, a média da amostra foi de 5,76.

A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada na tabela 1, sendo possível verificar a caracterização da mesma dividida em pessoas sem e com sintomatologia depressiva.

**Tabela 1***Estatística Descritiva da Amostra Total (N = 201).*

	Total da Amostra N (%) ou M (DP)	Pessoas sem sintomatologia depressiva N (%) ou M (DP)	Pessoas com sintomatologia depressiva N (%) ou M (DP)
	201 (100%)	110 (54,7%)	91 (45,3%)
<i>Idade</i>	33,14 (13,0)	35,60 (13,6)	30,16 (11,6)
<i>Género</i>			
Masculino	52 (25,9%)	29 (26,3%)	23 (25,3%)
Feminino	141 (70,1%)	80 (72,7%)	61 (65,9%)
Não-Binário	8 (4%)	1 (1%)	7 (7,7%)
<i>Habilitações Literárias</i>			
Até ao Terceiro Ciclo do Ensino Básico (9ºano)	9 (4,5%)	3 (2,7%)	6 (6,6%)
Ensino Secundário (12º ano) + Bacharelato + Curso Profissional/Tecnológico/Outro	67 (33,4%)	32 (29,1%)	35 (38,5%)
Licenciatura	79 (39,3%)	45 (40,9%)	34 (37,4%)
Mestrado + Doutoramento + Pós- graduação	46 (22,9%)	30 (27,3%)	16 (17,6%)
<i>Estado Civil</i>			
Solteiro/a/e	81 (40,3%)	40 (36,4%)	41 (45%)

Numa relação	53 (26,4%)	27 (24,5%)	26 (28,6%)
Casado/a/e / União de facto	52 (25,9%)	34 (30,9%)	18 (19,8%)
Divorciado/a/e / Separado/a/e + Viúvo/a/e	15 (7,5%)	9 (8,2%)	6 (6,6%)
<i>Situação Profissional</i>			
Estudante	73 (36,3%)	36 (32,7%)	37 (40,6%)
Trabalhador/a/e Estudante	25 (12,4%)	14 (12,7%)	11 (12,1%)
Empregado/a/e	92 (45,8%)	55 (50%)	37 (40,7%)
Desempregado/a/e + Reformado/a/e + Outro	11 (5,5%)	5 (4,5%)	6 (6,6%)
<i>Estatuto Socioeconómico</i>	5,76 (1,6)	6,16 (1,4)	5,27 (1,6)

*Nota.* M, média; DP, desvio padrão.

De seguida, foram calculadas correlações de *Pearson* para avaliar a relação entre as variáveis existentes (Tabela 2). Observaram-se correlações estatisticamente significativas entre ter sintomatologia depressiva e ter mais problemas interpessoais ( $r = 0,556, p \leq 0,01$ ), menores habilidades sociais ( $r = -0,443, p \leq 0,01$ ), menos idade ( $r = -0,172, p \leq 0,05$ ), menos habilitações literárias ( $r = -0,199, p \leq 0,01$ ) e um menor estatuto socioeconómico ( $r = -,351, p \leq 0,01$ ). Por sua vez, também foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre os problemas interpessoais e menores habilidades sociais ( $r = -0,456, p \leq 0,01$ ), ser mais novo ( $r = -0,144, p \leq 0,05$ ), ser solteiro ( $r = -0,142, p \leq 0,05$ ), ter menos habilitações literárias ( $r = -0,157, p \leq 0,05$ ), e um menor estatuto socioeconómico ( $r = -0,180, p \leq 0,05$ ). Foram também observadas correlações estatisticamente significativas entre as habilidades sociais e ter uma menor idade ( $r = -0,456, p \leq 0,05$ ), mais habilitações literárias ( $r = 0,170, p \leq 0,05$ ), ser estudante ( $r = -0,157, p \leq 0,05$ ) e ter um maior estatuto socioeconómico ( $r = 0,218, p \leq 0,01$ ).

**Tabela 2***Teste dos Coeficientes de Pearson.*

Variáveis	1	2	3
1. Sintomatologia depressiva	-		
2. Problemas Interpessoais	,556**	-	
3. Habilidades Sociais	-,443**	-,456**	-
4. Idade	-,172*	-,144*	-,456*
5. Estado Civil	-,103	-,142*	,102
6. Habilitações Literárias	-,199**	-,157*	,170*
7. Situação Profissional	-,022	-,074	-,157*
8. Estatuto Socioeconómico	-,351**	-,180*	,218**

*Nota.* \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ .

### ***Efeito da sintomatologia depressiva nos problemas interpessoais***

Ao testar a primeira hipótese, foram comparados os grupos de indivíduos sem e com sintomatologia depressiva (Tabela 3), verificando-se alterações nos problemas interpessoais na sua totalidade. Os indivíduos com sintomatologia depressiva verificaram um aumento estatisticamente significativo nos problemas interpessoais ( $t(199) = 53,56, p = <,001$ ), em comparação com os valores significativamente mais reduzidos dos indivíduos sem sintomatologia depressiva ( $t(199) = 39,32, p = <,001$ ).

Para testar a segunda hipótese em estudo, foram novamente comparados os dois grupos de indivíduos, relativamente a alterações nos vários octantes dos problemas interpessoais identificados na escala IPI-32 (Tabela 3). Observou-se então que, em comparação com os indivíduos sem sintomatologia depressiva, os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentaram um aumento estatisticamente significativo dos problemas interpessoais no seu

global ( $p < ,001$ ), em específico nos octantes autoritário/controlador ( $p < ,001$ ), vingativo/egocêntrico ( $p < ,001$ ), frio/distante ( $p < ,001$ ), socialmente inibido ( $p < ,001$ ), não assertivo ( $p < ,001$ ) e autossacrifício ( $p < ,001$ ), sendo que os octantes vingativo/egocêntrico e socialmente inibido foram aqueles que representaram uma diferença mais significativa. Nos indivíduos sem sintomatologia depressiva, em comparação com os indivíduos com sintomatologia depressiva, verificou-se um ligeiro aumento nos octantes excessivamente acomodado e intrusivo/carente, mas estas alterações não foram estatisticamente significativas.

### Tabela 3

*Diferenças entre médias dos octantes do Inventário de Problemas Interpessoais (IPI – 32) para pessoas sem sintomatologia depressiva e pessoas com sintomatologia depressiva utilizando o teste de T-Student.*

<i>Escala Octante de Problemas Interpessoais (IPI – 32)</i>	<i>População</i>		<i>t (df)</i>	<i>p</i>
	<i>Pessoas sem sintomatologia depressiva M (DP)</i>	<i>Pessoas com sintomatologia depressiva M (DP)</i>		
Autoritário/Controlador	,83 (,82)	1,31 (,96)	-3,80 (199)	<,001
Vingativo/Egocêntrico	,96 (,69)	1,58 (,91)	-5,47 (199)	<,001
Frio/Distante	,98 (,92)	1,50 (,93)	-3,96 (199)	<,001
Socialmente inibido	,93 (,09)	1,97 (1,03)	-7,03 (199)	<,001
Não Assertivo	1,45 (,84)	1,85 (,85)	-3,35 (199)	<,001
Excessivamente acomodado	1,52 (,51)	1,64 (,62)	-1,52 (199)	,129
Autossacrifício	1,62 (,81)	2,03 (,88)	-3,45 (199)	<,001

Intrusivo/Carente	1,49 (,55)	1,52 (,53)	-,46 (199)	,644
Inventário de Problemas Interpessoais global (IPI – 32 total)	39,32 (14,51)	53,56 (14,70)	-6,88 (199)	<,001

*Nota.* M, média; DP, desvio padrão.

De forma a verificar se, dentro das variáveis estudadas, existiriam mais preditores dos problemas interpessoais, realizou-se um modelo de regressão linear. É possível observar os resultados na Tabela 4. No primeiro modelo, os resultados não ajustados indicam que a sintomatologia depressiva foi um preditor significativo dos problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal ( $F(1, 199) = 89,094, p < 0,001$ ), com o modelo a explicar 30.9% da variância na variável de resultado ( $R^2 = 0,309$ ).

O segundo modelo, que foi ajustado para as variáveis sociodemográficas relevantes (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e estatuto socioeconómico), explicou uma quantia igualmente significativa da variância do resultado ( $F(21, 179) = 5,862, p < 0,001$ ). O modelo final ajustado explicou 40,7% da variância na variável de resultado ( $R^2 = 0,407$ ). Mesmo ajustado, o resultado do modelo final sugere que a sintomatologia depressiva continua a ser um preditor estatisticamente significativo dos problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal, indicando que a cada aumento da variável independente de sintomatologia depressiva, a variável dependente problemas interpessoais também aumenta ( $\beta = 0,465, t = 8,266, p < 0,001$ ). Foi também observado que as restantes variáveis avaliadas não constituem preditores significativos dos problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal, excetuando as variáveis de habilitações literárias Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano) ( $\beta = -33,615, t = -2,260, p < 0,05$ ), e habilitações literárias Curso Profissional/Tecnológico/Outro ( $\beta = 10,529, t = 1,999, p < 0,05$ ).

**Tabela 4***Regressão Linear dos Problemas Interpessoais.*

Effect	$\beta$	SE	95% CI		<i>p</i>	<b>R<sup>2</sup></b>
			LL	UL		
<b>Modelo 1</b>						
Sintomatologia depressiva	,494	,050	,399	,598	<,001	,309
<b>Modelo 2</b>						
Sintomatologia depressiva	,465	,059	,356	,598	<,001	,407
Género						
Masculino	2,509	2,262	-2,370	7,035	,244	
Feminino	-	-	-	-	-	
Não-binário	3,978	4,805	-4,786	13,147	,414	
Idade	,015	,136	-,262	,277	,896	
Estado Civil						
Solteiro/a/e	-	-	-	-	-	
Numa relação	-2,490	2,525	-7,717	2,521	,282	
Casado/a/e / União de facto	-3,745	3,816	-10,379	4,959	,254	
Divorciado/a/e / Separado/a/e	,944	5,163	-9,615	11,086	,907	
Viúvo/a/e	-	-	-	-	-	
Habilitações Literárias						
6º ano	-33,615	13,465	-41,193	-27,499	,025	
9º ano	7,696	5,550	-3,076	18,404	,134	

12º ano	-1,018	2,487	-6,105	3,544	,697
Bacharelato	-7,878	8,034	-22,463	8,912	,311
Licenciatura	-	-	-	-	-
Curso Profissional/Tecnológico/Outro	10,169	6,341	-2,828	23,009	,047
Mestrado	-4,139	3,569	-11,873	2,883	,162
Doutoramento	-3,038	7,035	-17,476	11,140	,518
Pós-Graduação	-4,522	3,593	-11,645	3,069	,282
<b>Situação Profissional</b>					
Estudante	12,555	5,173	2,239	22,992	,373
Trabalhador/a/e Estudante	5,836	5,333	-3,468	18,034	,671
Empregado/a/e	12,485	4,586	3,196	22,028	,354
Desempregado/a/e	6,251	6,775	-10,606	19,916	,669
Estatuto Socioeconómico	,461	,644	-,766	1,708	,497

*Nota.* CI = intervalo de confiança; LL = limite inferior; UL = limite superior; os valores ausentes correspondem a correlações omissas.

### ***Efeito da sintomatologia depressiva nas habilidades sociais***

Para avaliar a terceira hipótese, foram comparados os grupos de indivíduos sem e com sintomas depressivos (Tabela 4) e verificaram-se alterações nas habilidades sociais na sua totalidade. Os indivíduos com maior sintomatologia depressiva reportam uma diminuição estatisticamente significativa de habilidades sociais ( $M = 67,10$ ) em comparação com os valores mais elevados dos indivíduos sem sintomatologia depressiva ( $M = 76,62$ ).

Complementarmente, para avaliar a quarta hipótese em estudo, foram novamente comparados os dois grupos de indivíduos, denotando-se alterações em todos os fatores de

habilidades sociais identificados no IHS-Del Prette (Tabela 5). Verificou-se que, em comparação com os indivíduos sem sintomatologia depressiva, os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentaram uma diminuição estatisticamente significativa de habilidades sociais em todos os fatores identificados ( $p < ,001$ ). Em específico, as habilidades sociais de conversação e confiança social ( $p < ,001$ ), conforto com a auto-exposição ( $p < ,001$ ), auto-expressão de afeto positivo ( $p < ,001$ ), *coping* assertivo com risco ( $p < ,007$ ), defender interesses e opiniões ( $p < ,002$ ), e dar e receber elogios ( $p < ,001$ ). Os fatores conversação e confiança social e auto-expressão de afeto positivo foram aqueles que representaram uma diferença mais significativa.

**Tabela 5**

*Diferenças entre as médias dos fatores do Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS-Del Prette) para pessoas sem sintomatologia depressiva e pessoas com sintomatologia depressiva utilizando o teste de T-Student.*

<i>Fatores</i>	<i>População</i>			
	Pessoas sem sintomatologia depressiva	Pessoas com sintomatologi a depressiva	t (df)	<i>p</i>
	M (DP)	M (DP)		
Conversação e confiança social	3,27 (,80)	2,59 (,76)	6,12 (199)	<,001
Conforto com a auto-exposição	2,89 (,71)	2,52 (,67)	3,76 (199)	<,001
Auto-expressão de afeto positivo	3,58 (,75)	2,95 (,87)	5,55 (199)	<,001
Coping assertivo com risco	3,45 (,71)	3,15 (,82)	2,72 (199)	,007
Defender interesses e opiniões	3,82 (,65)	3,52 (,71)	3,06 (199)	,002
Dar e receber elogios	4,25 (,66)	3,81 (,84)	4,13 (199)	<,001

---

Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS-Del Prette total)	76,62 (10,68)	67,10 (11,59)	6,03 (198)	<,001
---	---------------	---------------	------------	-------

---

*Nota.* M, média; DP, desvio padrão.

A fim de controlar o efeito de possíveis variáveis confundentes na relação entre a sintomatologia depressiva e as habilidades sociais, foi realizado um modelo de regressão linear. É possível observar os resultados na Tabela 6. No primeiro modelo, os resultados não ajustados indicam que a sintomatologia depressiva é um preditor significativo das habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal ( $F(1, 198) = 48,384, p < 0,001$ ), com o modelo de regressão a explicar 19,6% da variância na variável de resultado ( $R^2 = 0,196$ ).

O segundo modelo, que foi ajustado para as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e estatuto socioeconómico), também foi significativo ( $F(21, 178) = 3,721, p < 0,001$ ) e explicou uma quantia igualmente significativa da variância do resultado ( $R^2 = 0,305$ ). Mesmo ajustando para outras variáveis de interesse, a sintomatologia depressiva continuou a ser um preditor significativo das habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal, indicando que para cada aumento da variável independente sintomatologia depressiva, a variável dependente habilidades sociais diminuiu ( $\beta = -0,273, t = -5,853, p = <,001$ ). Adicionalmente, foi observado que as variáveis sociodemográficas avaliadas não constituem preditores significativos das habilidades sociais dos adultos residentes em Portugal, excetuando a variável de habilitações literárias Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano) ( $\beta = 27,391, t = 2,450, p < 0,05$ ).

**Tabela 6**

*Modelo de Regressão Linear da Relação entre Sintomatologia Depressiva e Habilidades Sociais.*

Effect	$\beta$	SE	95% CI		<i>p</i>	<b>R<sup>2</sup></b>
			LL	UL		
<b>Modelo 1</b>						
Sintomatologia depressiva	-,293	,042	-,371	-,216	<,001	,196
<b>Modelo 2</b>						
Sintomatologia depressiva	-,273	,041	-,363	-,199	<,001	,305
Género						
Masculino	2,491	2,078	-2,233	6,067	,173	
Feminino	-	-	-	-	-	
Não-binário	2,468	4,841	-6,520	14,373	,550	
Idade	,141	,101	-,039	,362	,178	
Estado Civil						
Solteiro/a/e	-	-	-	-	-	
Numa relação	1,327	1,978	-2,331	5,469	,675	
Casado/a/e / União de facto	-3,312	2,817	-10,254	2,140	,247	
Divorciado/a/e / Separado/a/e	-1,107	3,308	-8,555	5,303	,785	
Viúvo/a/e	-	-	-	-	-	
Habilitações Literárias						

6º ano	27,391	3,353	20,309	34,022	,015
9º ano	-5,635	5,765	-19,645	5,290	,190
12º ano	1,370	1,800	-1,837	5,058	,487
Bacharelato	8,289	5,908	-6,089	18,715	,195
Licenciatura	-	-	-	-	-
Curso Profissional/Tecnológico/Outro	-1,063	4,521	-10,762	6,367	,802
Mestrado	,978	2,966	-4,970	7,319	,708
Doutoramento	-,340	3,504	-8,177	6,371	,942
Pós-Graduação	2,978	3,740	-2,960	11,278	,386
<b>Situação Profissional</b>					
Estudante	-13,741	4,064	-22,617	-5,962	,228
Trabalhador/a/e Estudante	-8,619	4,023	-17,305	-1,961	,449
Empregado/a/e	-9,874	3,246	-16,053	-3,687	,373
Desempregado/a/e	-13,552	4,597	-23,300	-4,312	,248
Estatuto Socioeconómico	,693	,574	-,478	1,891	,207

*Nota.* CI = intervalo de confiança; LL = limite inferior; UL = limite superior; os valores ausentes correspondem a correlações omissas.

### ***Efeito das habilidades sociais nos problemas interpessoais***

É possível verificar na Tabela 7 os resultados do modelo de regressão linear realizado para investigar a quinta hipótese. No primeiro modelo, os resultados não ajustados para as variáveis sociodemográficas informam que reportar menos habilidades sociais foi um preditor significativo de problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal ( $F(1, 198) =$

51,857,  $p < 0,001$ ), sendo que o modelo de regressão explicou 20,8% da variância na variável de resultado ( $R^2 = 0,208$ ).

O segundo modelo, que foi ajustado para as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e estatuto socioeconómico), explicou uma quantia igualmente significativa da variância do resultado ( $F(6, 193) = 9,626$ ,  $p < 0,001$ ). O modelo final ajustado explica 23% da variância na variável de resultado ( $R^2 = 0,230$ ). O resultado do modelo final ajustado sugere que as habilidades sociais, mesmo quando ajustando para outras variáveis de interesse, continuam a constituir-se como preditores significativos dos problemas interpessoais, demonstrando uma relação negativa entre as variáveis, indicando que a cada diminuição da variável independente habilidades sociais, a variável dependente problemas interpessoais aumenta ( $\beta = -0,578$ ,  $t = -6,470$ ,  $p < 0,001$ ). Adicionalmente, foi observado que as variáveis sociodemográficas avaliadas não constituem preditores significativos dos problemas interpessoais dos adultos residentes em Portugal.

**Tabela 7**

*Modelo de Regressão Linear da Relação entre Habilidades Sociais e Problemas Interpessoais.*

Effect	$\beta$	SE	95% CI		$p$	$R^2$
			LL	UL		
<b>Modelo 1</b>						
Habilidades Sociais	-,614	,085	-,786	-,432	<,001	,208
<b>Modelo 2</b>						
Habilidades Sociais	-,538	,092	-	-	<,001	,312
Género						
Masculino	-	-	-	-	-	
Feminino	-4,119	2,455	-	-	,095	

Não-binário	4,484	5,686	-	-	,431
Idade	,012	,141	-	-	,934
Estado Civil					
Solteiro/a/e	-	-	-	-	-
Numa relação	-2,368	2,637	-	-	,370
Casado/a/e / União de facto	-7,235	3,822	-	-	,060
Divorciado/a/e / Separado/a/e	1,863	5,439	-	-	,732
Viúvo/a/e	-	-	-	-	-
Habilitações Literárias					
6º ano	-21,589	15,181	-	-	,157
9º ano	5,461	5,814	-	-	,349
12º ano	-	-	-	-	-
Bacharelato	-,457	8,553	-	-	,957
Licenciatura	-1,573	2,617	-	-	,549
Curso Profissional/Tecnológico/Outro	8,184	5,830	-	-	,162
Mestrado	-7,228	3,787	-	-	,058
Doutoramento	-5,776	6,344	-	-	,364
Pós-Graduação	-3,888	4,670	-	-	,406
Situação Profissional					
Estudante	-6,183	15,073	-	-	,682
Trabalhador/a/e Estudante	-8,435	15,114	-	-	,577

Empregado/a/e	-2,229	14,712	-	-	,880
Desempregado/a/e	-10,085	15,598	-	-	,519
Estatuto Socioeconómico	-,289	,717			,687

*Nota.* CI = intervalo de confiança; LL = limite inferior; UL = limite superior; os valores ausentes correspondem a correlações omissas.

Tendo em conta os resultados anteriores, com o objetivo de avaliar a sexta hipótese foi realizada uma correlação de *Pearson* (Tabela 8), de forma a avaliar a relação entre os diferentes octantes de problemas interpessoais e os diferentes fatores de habilidades sociais. Os resultados demonstraram que houve uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a variável autoritário/controlador e as variáveis defender interesses e opiniões ( $r = -0,319, p \leq 0,05$ ) e dar e receber elogios ( $r = -0,252, p \leq 0,05$ ). Houve também uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a variável frio/distante e as variáveis conversação e confiança social ( $r = -0,246, p \leq 0,05$ ), auto-expressão de afeto positivo ( $r = -0,365, p \leq 0,01$ ),  *coping*  assertivo com risco ( $r = -0,268, p \leq 0,05$ ) e defender interesses e opiniões ( $r = -0,242, p \leq 0,05$ ).

Os octantes de problemas interpessoais socialmente inibido e não assertivo foram os que verificaram mais correlações com os fatores de habilidades sociais. Houve uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a variável socialmente inibido e as variáveis conversação e confiança social ( $r = -0,643, p \leq 0,01$ ), conforto com a auto-exposição ( $r = -0,415, p \leq 0,01$ ), auto-expressão de afeto positivo ( $r = -0,489, p \leq 0,01$ ),  *coping*  assertivo com risco ( $r = -0,340, p \leq 0,01$ ) e defender interesses e opiniões ( $r = -0,283, p \leq 0,01$ ). Houve também uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a variável não assertivo e as variáveis conversação e confiança social ( $r = -0,388, p \leq 0,01$ ), conforto com a auto-exposição ( $r = -0,382, p \leq 0,01$ ), auto-expressão de afeto positivo ( $r = -0,383, p \leq 0,01$ ),  *coping*  assertivo com risco ( $r = -0,534, p \leq 0,01$ ) e defender interesses e opiniões ( $r = -0,321, p \leq 0,01$ ).

Por fim, houve uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a variável excessivamente acomodado e a variável dar e receber elogios ( $r = -0,228, p \leq 0,05$ ).

**Tabela 8**

*Correlações de Pearson entre problemas interpessoais e habilidades sociais em pessoas com sintomatologia depressiva.*

Variáveis	Conversação e confiança social	Conforto com a auto-exposição	Auto-expressão de afeto positivo	Coping assertivo com risco	Defender interesses e opiniões	Dar e receber elogios
Autoritário/Controlador	-,037	,050	-,210*	,040	-,319*	-,252*
Vingativo/Egocêntrico	-,196	-,099	-,153	-,150	-,202	-,079
Frio/Distante	-,246*	-,171	-,365**	-,268*	-,242*	-,199
Socialmente inibido	-,643**	-,415**	-,489**	-,340**	-,283**	-,202
Não Assertivo	-,388**	-,382**	-,383**	-,534**	-,321**	-,043
Excessivamente acomodado	-,058	-,074	-,175	-,063	-,152	-,228*
Autossacrifício	-,062	-,160	-,033	-,063	,032	,186
Intrusivo/Carente	,175	,182	,188	-,016	-,041	,084

*Nota.* \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ .

### Discussão de Resultados

Os resultados deste estudo trazem dados importantes para a compreensão da relação entre a depressão, as habilidades sociais e as problemáticas de relações interpessoais numa amostra de adultos portugueses.

Primeiramente, na estatística descritiva apresentada, foi possível verificar diferenças entre as características das pessoas com e sem sintomas de depressão. Foi possível observar uma relação negativa significativa entre a idade e os sintomas depressivos, em concordância com alguns estudos (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Felmingham & Islam, 2022) e em discordância com outros (Islam & Adnan, 2017; Murata et al., 2008), onde se observou uma

relação positiva significativa entre as variáveis. Relativamente ao género, verificou-se que apenas dentro do género não-binário existiu um maior número de pessoas com depressão do que sem depressão, apesar de este representar apenas 4% da amostra, dados em concordância com a literatura existente (Kattari et al., 2020). Deste modo, poderia ser pertinente replicar estes resultados numa amostra maior e mais heterogénea. Por outro lado, encontrou-se também uma correlação negativa significativa entre as habilitações literárias e os sintomas depressivos, como reportado pelos estudos de Felmingham & Islam (2022) e Murata et al. (2008). Por sua vez, o estatuto económico foi negativamente associado à presença de sintomas de depressão, como demonstrado pelos estudos existentes (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Felmingham & Islam, 2022).

No que diz respeito à primeira hipótese formulada, os resultados confirmaram-na, sendo que revelaram que os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam um aumento estatisticamente significativo de problemas interpessoais em comparação com os valores significativamente mais reduzidos dos indivíduos sem sintomatologia depressiva. Estes resultados surgem em concordância com a literatura apresentada por McFarquhar, Luyten & Fonagy (2018) e McMillen et al. (2021) e com os dados obtidos em diversos estudos, entre os quais se encontram as investigações realizadas por Triscoli et al. (2019) e Fonseca et al. (2023), cuja investigação foi realizada com uma amostra do género feminino. Apesar das análises relacionais não poderem estabelecer causalidade, estes resultados são consistentes com o modelo cognitivo-social de processos interpessoais na depressão, que propõe que as exposições depressivas dos indivíduos com depressão provocam reações negativas por parte de outros e insatisfação nas relações, influenciando a autoestima, humor e comportamento do indivíduo com depressão. No entanto, para realmente comprovar o modelo em questão, seria necessário um estudo de causalidade que avaliasse também as atribuições e o esquema da pessoa com depressão desenvolvidos por outros indivíduos, assim como as suas reações negativas.

Relativamente à segunda hipótese formulada, os resultados obtidos revelam que, em comparação com as pessoas sem sintomatologia depressiva, as pessoas com sintomatologia depressiva reportaram valores significativamente mais elevados nos octantes socialmente inibido e vingativo/egocêntrico. De igual forma, McMillen et al. (2021) verificaram na sua investigação que um dos estilos interpessoais identificados em perturbações depressivas é o socialmente inibido. Adicionalmente, a literatura encontrada e estudos anteriores identificaram que as pessoas com depressão têm dificuldades não só com a inibição social mas também com não-assertividade e com frieza emocional (Dawood et al., 2013; McMillen et al., 2021), algo

que se verificou no nosso estudo com valores significativamente mais elevados, comparados aos das pessoas sem sintomatologia depressiva. Por outro lado, valores elevados do octante vingativo/egocêntrico não são comuns em pessoas com depressão, sendo que poucos estudos (Barret & Barber, 2007; Strand et al., 2018) indicam a sua presença elevada em pessoas com sintomas depressivos. Estes resultados podem ser explicados, segundo Barret & Barber (2007), porque estes indivíduos manifestam uma maior autocensura, negativismo e pessimismo, o que vai afetar as suas relações interpessoais.

No que diz respeito à terceira hipótese, os resultados obtidos confirmam a mesma, revelando que os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam uma diminuição estatisticamente significativa de habilidades sociais em comparação com os valores significativamente mais elevados dos indivíduos sem sintomatologia depressiva. Estes resultados encontram-se em concordância com dados apresentados e evidenciados por estudos anteriores (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2017; Fernandes et al., 2012; Segrin, 2000; Santana et al., 2017), e, apesar de não representarem relações de causalidade, são consistentes com a Hipótese da Cicatriz proposta por Lewinsohn et al. (1981), que indica que a experiência de um estado depressivo é suficiente para levar a uma diminuição das habilidades sociais. Todavia, seria necessário realizar uma investigação longitudinal que controlasse um maior número de variáveis para comprovar esta hipótese, de forma a avaliar o desenvolvimento dos efeitos da depressão nas habilidades sociais ao longo do tempo.

Os resultados relativos à quarta hipótese indicam que, em comparação com as pessoas sem sintomatologia depressiva, as pessoas com sintomatologia depressiva reportaram valores significativamente mais diminuídos nos fatores de conversação e confiança social e de autoexpressão de afeto positivo. Os dados reportados estão de acordo com o estudo realizado por Mimoso & Maia (2022) com estudantes universitários, sendo estes dois fatores os predominantes na amostra estudada pelas autoras. Os dados assemelham-se também aos obtidos por Fernandes et al. (2012), onde os participantes com depressão apresentaram pontuações significativamente mais baixas na autoafirmação na expressão do afeto positivo, entre outros fatores. O défice no fator de conversação e confiança social é consistente com os resultados obtidos relativos aos problemas interpessoais, pois esta amostra reportou um valor elevado no octante de problemas interpessoais socialmente inibido, que caracteriza indivíduos que se sentem ansiosos e envergonhados na presença de outros, tendo dificuldade em iniciar interações sociais, expressar sentimentos e socializar com outros (Lo Coco et al., 2012). Adicionalmente, de acordo com Del Prette & Del Prette (2018, como citado por Mimoso & Maia, 2022), a

expressão de sentimentos positivos baseia-se na identificação das necessidades de outros, no fornecimento de ajuda e de apoio e na expressão de compaixão. Desta forma, estes resultados também vão de acordo com os obtidos anteriormente, pois esta amostra reportou um valor elevado no octante de problemas interpessoais vingativo/egocêntrico, que representa indivíduos que são incapazes de preocuparem com as necessidades e felicidade de outros (Lo Coco et al., 2012).

A quinta hipótese foi confirmada pelos resultados obtidos, verificando-se que vão de acordo com o estudo conduzido por Segrin & Rynes (2009). Verificou-se assim que reportar menos habilidades sociais é um preditor significativo de problemas interpessoais, existindo uma relação negativa entre as variáveis. Estes resultados vão de acordo com os que foram obtidos no estudo conduzido por Segrin & Rynes (2009), onde as habilidades sociais foram negativamente associadas com relações positivas com outros, e são consistentes com a hipótese de Segrin & Taylor (2007, como citados em Segrin & Rynes, 2009) de que as pessoas com boas habilidades sociais têm maior capacidade de cultivar e manter relações interpessoais de qualidade. No entanto, estes são dos poucos estudos encontrados que investigaram a relação entre estas duas variáveis, pelo que é relevante que exista um aprofundamento da mesma em investigações futuras.

Por fim, a sexta hipótese visou investigar se os problemas interpessoais das pessoas com mais sintomas de depressão estão relacionados com habilidades sociais específicas. Os resultados indicam que os octantes de problemas interpessoais de socialmente inibido e não assertivo são os que estão associados a mais déficits de habilidades sociais. Não foram encontrados estudos que tivessem realizado esta associação. No entanto, estes dados podem ser explicados pelo facto de os indivíduos socialmente inibidos serem caracterizados pelo seu nervosismo e embaraço na presença de outros, tendo dificuldades em iniciar interações sociais, a expressar sentimentos e a socializar com outros (McFarquhar, 2020). Adicionalmente, os indivíduos não-assertivos possuem dificuldades em dar a conhecer as suas necessidades aos outros, mostrando desconforto em papéis autoritários e uma incapacidade em ser firmes e assertivos para com outras pessoas (McFarquhar, 2020).

É também relevante denotar que as habilitações literárias se revelaram preditores significativos adicionais dos problemas interpessoais e das habilidades sociais. Nomeadamente, as habilitações literárias Segundo Ciclo do Ensino Básico e Curso Profissional/Tecnológico/Outro representaram preditores significativos dos problemas

interpessoais e as habilidades literárias Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano) representaram preditores significativos das habilidades sociais. No entanto, a exploração da relação entre as variáveis em questão na literatura e nas investigações realizadas até à data tem sido muito reduzida.

### ***Limitações e Pontos Fortes***

O presente estudo apresenta algumas limitações. A metodologia transversal do estudo constitui-se como uma limitação por ser um método observacional que analisa dados de uma população num único momento no tempo, não seguindo os indivíduos ao longo do tempo, ao contrário de outros tipos de métodos observacionais, não permitindo por isso estabelecer direção de causalidade. Complementarmente, uma das principais limitações do estudo baseia-se no facto dos dados terem sido recolhidos por questionários de autorrelato, o que pode provocar enviesamento nos resultados. Também a amostra foi recolhida por conveniência e foi relativamente reduzida, limitando assim a generalização dos resultados. É relevante mencionar que o estudo foi realizado numa situação económica de Portugal que está gradualmente a agravar-se, o que o que pode ter afetado os resultados obtidos.

Registam-se também as limitações do modelo teórico cognitivo-social de processos interpessoais na depressão abordado neste estudo. A presença deste modelo nos estudos realizados até à data é muito reduzida, possuindo este assim pouca comprovação científica.

Por outro lado, tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, e face a um reduzido número de estudos nesta área, seria pertinente explorar a relação entre a depressão, os problemas interpessoais e as habilidades sociais com estudos longitudinais e com amostras de maior número e diversidade. Isto de forma a possibilitar o esclarecimento da dúvida principal presente na literatura relativa a este tema – se a depressão provoca estes défices de habilidades sociais e problemáticas interpessoais, se o contrário ocorre, ou se se verificam ambos os casos. Após ser verificado neste estudo que existe uma relação entre a depressão e os problemas interpessoais, assim como entre a depressão e as habilidades sociais e entre os problemas interpessoais e as habilidades sociais, seria pertinente avaliar o efeito mediador das habilidades sociais na relação entre a depressão e os problemas interpessoais. Mais especificamente, seria relevante replicar o estudo de Segrin & Rynes (2009), que obtiveram provas evidentes de que pelos menos um fator que justifique que as pessoas com déficits de habilidades sociais têm mais tendência para experienciar sintomas de depressão é a sua tendência para ter menos relações

positivas com outras pessoas. Tal não foi feito na presente investigação devido à necessidade de primeiramente realizar uma caracterização das relações diretas entre as variáveis numa amostra da população portuguesa, de modo a colmatar a ausência da mesma na literatura.

Adicionalmente, devido à elevada comorbidade da depressão (Gotlib & Hammen, 2009), seria também importante estudar não só os efeitos da depressão nas relações interpessoais e nas habilidades sociais, mas também os efeitos de outras perturbações mentais, como por exemplo a ansiedade generalizada e a ansiedade social.

Relativamente aos pontos fortes desta investigação, a metodologia transversal utilizada tem a vantagem da sua praticidade e rapidez, sendo que os participantes são escolhidos dentro de uma população disponível e de potencial relevância para o estudo em questão, e assim que estes são selecionados, o investigador pode recolher os dados e avaliar as associações entre os resultados e as exposições (Wang & Cheng, 2020). Fundamentalmente, este estudo reforçou a importância deste tema e contribuiu para as lacunas existentes na literatura relativas ao mesmo, aumentando o conhecimento científico sobre a relação entre a depressão, as problemáticas das relações interpessoais e as habilidades sociais.

### ***Implicações Práticas***

A depressão está associada a diversas problemáticas que impactam a vida de quem vive com a mesma. Com este estudo, procurou-se contribuir para a literatura referente aos problemas interpessoais e às habilidades sociais relacionados com esta perturbação. Espera-se que as investigações relativas a este tema forneçam informações mais aprofundadas e relevantes aos psicólogos que possam contribuir para uma prática clínica mais informada e mais direcionada para a problemática, de forma a providenciar aos pacientes uma melhor qualidade de vida.

### **Conclusão**

Este estudo permitiu averiguar que a sintomatologia depressiva parece ser um preditor significativo dos problemas interpessoais e das habilidades sociais, e que reportar menos habilidades pode ser um preditor significativo dos problemas interpessoais.

Além disso, foi possível identificar que os indivíduos com mais sintomatologia depressiva, em comparação com os indivíduos sem sintomatologia depressiva, apresentam mais problemas interpessoais nos octantes socialmente inibido e vingativo/egocêntrico e mais déficits de habilidades sociais nos fatores de conversação e confiança social e de auto-expressão de afeto positivo. Complementarmente, averiguou-se que os octantes de problemas interpessoais associados a maiores déficits de habilidades sociais são o socialmente inibido e o não assertivo.

Na generalidade, existem poucos estudos que abordem os efeitos de perturbações mentais nas relações interpessoais e nas habilidades sociais, assim como a relação entre as mesmas, especialmente na literatura científica portuguesa. Deste modo, num contexto em que a depressão é considerada uma das perturbações mentais mais prevalentes no país, este estudo torna-se um importante contributo para o estudo dos seus efeitos.

## Referências Bibliográficas

- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*, 19(6), 586. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Andrade, A. (2005). A Depressão: uma armadilha ao estudante. In A. Pereira & E. Motta (Eds), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*. Actas do Congresso Nacional. Coimbra: SASUC Edições, pp. 357-366.
- Almeida, J. M. C. (2018). A saúde mental dos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*, 63(3), 247-266. <https://doi.org/10.1002/jclp.20346>.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>.
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: an integrative framework for the development of social skills. *Psychological bulletin*, 136(1), 39. <https://doi.org/10.1037/a0017768>.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2017). O impacto das habilidades sociais para a depressão em estudantes universitários. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324212>.
- Castonguay, L. G., Oltmanns, T. F., & Lott, A. P. (Eds.). (2021). *Psychopathology: From science to clinical practice*. Guilford Publications.
- Cia, F., Pereira, C. D. S., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filho. *Psicologia em estudo*, 11, 73-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100009>.

- Dawood, S., Thomas, K. M., Wright, A. G., & Hopwood, C. J. (2013). Heterogeneity of interpersonal problems among depressed young adults: Associations with substance abuse and pathological personality traits. *Journal of personality assessment*, 95(5), 513-522. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.781031>.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2013). Social skills inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. *Social anxiety disorders: From theory to practice*, 49-62.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). Factor Structure and Convergent Validity of the Portuguese version of the Inventory of Interpersonal Problems – 32. *Journal of Relationships Research*, 11. <https://doi.org/10.1017/jrr.2020.18>.
- Felmingham, T., & Islam, F. M. A. (2022). Relationship between Sociodemographic Factors and Depression in Australian Population Aged 16–85 Years. *Applied Sciences*, 12(24), 12685. <https://doi.org/10.3390/app122412685>.
- Fernandes, C. S., de Oliveira Falcone, E. M., & Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 183-196.
- Ferreira, E. (2016). Sobre-endividamento e Estatuto Social Percecionado (tese de mestrado, Instituto Politécnico do Porto).
- Fonseca, A., de Matos, M. G., & Gois, C. (2023). Can Interpersonal Problems Predict Female Depression?. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3614>.
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Rummel-Kluge, C. & Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC public health*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3638-0>.
- Fundinho, J.F., Ferreira-Alves, J., Braz, A.C., Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2021), "Measuring social skills: cultural adaptation and validation of the SSI-Del Prette", *The Journal of Adult Protection*, Vol. 23 No. 5, pp. 337-350. <https://doi.org/10.1108/JAP-03-2021-0012>.

- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Gurtman, M. B., & Balakrishnan, J. D. (1998). Circular measurement redux: The analysis and interpretation of interpersonal circle profiles. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(3), 344. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00154.x>.
- Hames, J. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2013). Interpersonal processes in depression. *Annual review of clinical psychology*, 9, 355-377. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553>.
- Horowitz, L. M., Dryer, D. C., & Krasnoperova, E. N. (1997). The circumplex structure of interpersonal problems. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 347–384). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10261-015>.
- Islam, M. R., & Adnan, R. (2017). Socio-demographic factors and their correlation with the severity of major depressive disorder: a population based study. *World Journal of Neuroscience*, 7(02), 193. <https://doi.org/10.4236/wjns.2017.72014>.
- Jackson-Dwyer, D. (2014). *Interpersonal relationships*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- McMillen, K., Hilsenroth, M., Moore, M., & Gold, J. (2021). Interpersonal clusters in a depressed outpatient sample. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100159. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100159>.
- Kattari, S. K., Kattari, L., Johnson, I., Lacombe-Duncan, A., & Misiolek, B. A. (2020). Differential experiences of mental health among trans/gender diverse adults in Michigan. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6805. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186805>.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A., Walters, E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>.

- LeMoult, J., Battaglini, A., Rnic, K., & Castonguay, L. G. (2021). Depression. In L.G. Castonguay, T.F. Oltmanns, & A. P. Lott (Eds.), *Psychopathology: From science to clinical practice* (pp. 17-55). The Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: antecedent or consequence?. *Journal of abnormal psychology*, 90(3), 213. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.90.3.213>.
- Locke, K. D. (2006). Interpersonal circumplex measures. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 383–400). Springer Publishing Company.
- Locke, K. D., Sayegh, L., Penberthy, J. K., Weber, C., Haentjens, K., & Turecki, G. (2016). Interpersonal circumplex profiles of persistent depression: Goals, self-efficacy, problems, and effects of group therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 595-611. <https://doi.org/10.1002/jclp.22343>.
- Lo Coco, G., Gullo, S., Scrima, F., & Bruno, V. (2012). Obesity and interpersonal problems: An analysis with the interpersonal circumplex. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(5), 390-398. <https://doi.org/10.1002/cpp.753>.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o spss statistics 25*. (7<sup>a</sup> ed.).
- Martins, A. (2000). As manifestações clínicas da depressão na adolescência (tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto).
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-147. <https://doi.org/10.1111/bjc.12005>.
- McFarquhar, T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the Inventory of Interpersonal Problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 226, 108-123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.036>.
- McFarquhar, T. (2020). Outcomes in Psychotherapy for Depression: The Role of Interpersonal Problems (Doctoral dissertation, University College London).

- McMillen, K., Hilsenroth, M., Moore, M., & Gold, J. (2021). Interpersonal clusters in a depressed outpatient sample. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100159. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100159>.
- Mimoso, I., & Maia, T. C. (2022). Repertório de Habilidades Sociais e Sintomas Depressivos em Universitários.
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., & Gingerich, S. (2013). Social Skills and Problem-Solving Training. *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*, 243–272. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt1>.
- Murata, C., Kondo, K., Hirai, H., Ichida, Y., & Ojima, T. (2008). Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health & place*, 14(3), 406-414. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.08.007>.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2010). *Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition)*. British Psychological Society.
- Nunes, A. R. (2009). A depressão à prova no BDI-II: Estudo das características psicométricas do instrumento numa amostra de estudantes universitários (tese de mestrado, ISPA-Instituto Universitário).
- Ponciano, E., Cardoso, I. & Pereira, A. (2005). Adaptação de uma Versão Experimental em Língua Portuguesa do *Beck Depression Inventory-Second Edition* (BDI-II) em Estudantes do Ensino Superior. In A. Pereira & E. Motta (Eds), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*. Actas do Congresso Nacional. Coimbra: SASUC Edições.
- Quilty, L. C., Mainland, B. J., McBride, C., & Bagby, R. M. (2013). Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 150(2), 393-400. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.030>.
- Sacco, W. (1999). A social-cognitive modelo of interpersonal processes in depression. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 329-362). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10311-012>.

- Sacco, W. & Vaughan, C. (2014). Depression and the response of others: A social-cognitive interpersonal process model. In T. E. Joiner, J. S. Brown & J. Kristner (Eds.), *The Interpersonal, Cognitive, and Social Nature of Depression* (pp. 101-132). Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203941607>.
- Santana, M. L. S., Fukuda, C. C., & de Carvalho, E. N. S. (2017). A relação entre sintomas depressivos e habilidades sociais em adolescentes. *Revista de psicologia*, 11(36), 295-312. <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i36.792>.
- 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).
- Segrin, C. (2010). Depressive disorders and interpersonal processes. *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions*, 425-448. <https://doi.org/10.1002/9781118001868.ch25>.
- Segrin, C., & Rynes, K. N. (2009). The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. *Journal of Research in Personality*, 43(6), 962-971. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.05.012>.
- Stewart-Brown, S. (2005). Interpersonal relationships and the origins of mental health. *Journal of Public Mental Health*, 4(1), 24-29. <https://doi.org/10.1108/17465729200500007>.
- Strand, E. R., Hagen, R., Hjemdal, O., Kennair, L. E., & Solem, S. (2018). Metacognitive therapy for depression reduces interpersonal problems: results from a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 9, 1415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01415>.
- Tavares, W. M., Couto, G., & Silva, R. L. F. C. (2012). Perfil de relações interpessoais e habilidades sociais para estudantes de psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 3(1), 75-92.
- Tenzer, S. A., Murray, D. W., Vaughan, C. A., & Sacco, W. P. (2006). Maternal depressive symptoms, relationship satisfaction, and verbal behavior: A social-cognitive analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 131-149. <https://doi.org/10.1177/0265407506060183>.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4).

- Triscoli, C., Croy, I., & Sailer, U. (2019). Depression predicts interpersonal problems partially through the attitude towards social touch. *Journal of affective disorders*, 246, 234-240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.054>.
- Trombeta, G. (2022). “How Do You See Your Life Now?” A Photo-Elicitation Study Focused on Depression and Social Skills in Adolescence. *Psychological Studies*, 67(2), 228-240. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00664-9>.
- Tse, W. S., & Bond, A. J. (2004). The impact of depression on social skills: a review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 260–268. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000120884.60002.2b>.
- Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (2006). *The Cambridge handbook of personal relationships* (1st ed.). Cambridge University Press.
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1), S65-S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., Conroy, D. E., & Hilsenroth, M. J. (2009). Integrating methods to optimize circumplex description and comparison of groups. *Journal of personality assessment*, 91(4), 311-322. <https://doi.org/10.1080/00223890902935696>.

## Anexos

### **Anexo I. Consentimento informado.**

#### ***A Relação entre os Sintomas de Depressão, as Habilidades Sociais e os Problemas Interpessoais***

Este questionário está integrado no trabalho de investigação da unidade curricular de Dissertação, do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA). O principal objetivo desta investigação é a caracterização da relação entre os sintomas de depressão, as habilidades sociais e as problemáticas de relações interpessoais.

A sua participação, que é muito importante, consiste no preenchimento de um questionário online, com duração aproximada de 15 minutos. A participação no presente estudo é estritamente voluntária, ou seja, poderá escolher participar ou não. Caso decida participar, poderá interromper ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização. Não é expectável que a sua participação envolva riscos significativos, e as suas respostas ao questionário contribuirão de forma importante para o desenvolvimento do conhecimento na presente área.

As informações pessoais recolhidas são anónimas e destinam-se apenas ao tratamento estatístico no âmbito desta investigação. Nenhuma resposta será analisada ou reportada de forma individual, salvaguardando assim a confidencialidade de todos os dados recolhidos. A cada questionário será atribuído um código e os dados serão processados por softwares de tratamento de dados, e apenas os investigadores terão acesso às informações. Todo o processamento de dados será realizado em concordância com a lei europeia da privacidade e segurança de dados - o RGPD.

Caso tenha alguma questão acerca da sua participação no estudo, sinta-se à vontade para a esclarecer, contactando através do seguinte e-mail: 25244@alunos.ispa.pt.

Se necessitar de informação adicional, não hesite em contactar as investigadoras:

Joana Carreira: 25244@alunos.ispa.pt

Prof.<sup>a</sup> Dra. Diana Frásquilho: [diana.frasquilho@ispa.pt](mailto:diana.frasquilho@ispa.pt)

Declaro ter 18 anos ou mais e ter lido e compreendido a informação que me foi disponibilizada, o âmbito do estudo, os objetivos e o tratamento de dados. Compreendo que posso, em qualquer momento, desistir de participar neste estudo sem ter de dar qualquer justificação. Consinto o tratamento das respostas ao questionário para as finalidades e âmbito do estudo mencionado.

**Anexo II. Tabela 9***Tabela de estatísticas de confiabilidade dos instrumentos utilizados*

Instrumento	Alpha de Cronbach
<i>Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II total)</i>	,937
<i>Inventário de Problemas Interpessoais global (IPI – 32 total)</i>	,857
Autoritário/Controlador	,859
Vingativo/Egocêntrico	,717
Frio/Distante	,752
Socialmente inibido	,904
Não Assertivo	,731
Excessivamente acomodado	-,104
Autossacrifício	,722
Intrusivo/Carente	-,210
<i>Inventário de Habilidades Sociais – Del Prette (IHS-Del Prette total)</i>	,855
Conversação e confiança social	,622
Conforto com a auto-exposição	,499
Auto-expressão de afeto positivo	,691
Coping assertivo com risco	,699
Defender interesses e opiniões	,588

---

Dar e receber elogios

,689

---