

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



SONHO OU PESADELO? - UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DO SONO E DO
SONHO NA DEPRESSÃO

Sofia Margarida Ribeiro Ferreira da Costa
13022

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada
Especialidade em Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Dr. António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor António Mendes Pedro, por todo o percurso percorrido, por me ter feito sempre pensar e explorar mais, e por me ter mostrado uma maneira de olhar para o ser humano de uma maneira única.

À Prof. Doutora Júlia Serpa Pimentel, por todo o apoio, sem o qual não teria conseguido chegar onde cheguei.

A toda a Equipa de Pedopsiquiatria do HGO, pelo apoio, ajuda, em especial à Dra. Paula Zaragoza, por todos os conselhos e por não me ter deixado desistir.

À minha mãe, por tudo, por me fazer sonhar sempre mais alto. Ao meu pai, pelo apoio e pelo modelo de força de vontade, trabalho e dedicação que é. A ambos, por tudo aquilo que sou, que somos, e que sempre me fizeram ser.

Ao meu avô Lecas, ao Filipe, à Andreia, à Catarina e Miguel, por todo o apoio, por me fazerem sempre sorrir e me proporcionarem momentos que me fazem seguir em frente.

À Catarina Água-Mel, pela amizade, pelo apoio, paciência e compreensão, por estar sempre ao meu lado quando mais preciso.

À Eva Machado, por ter sido a pessoa que mais me marcou nestes 5 anos de ISPA, pela amizade, pelo apoio, por todos os momentos que passámos, e por todos aqueles que sei que ainda estão para vir.

À Sara Comparada e à Patrícia Duarte, por terem sido as minhas companheiras de Dissertação, pela constante troca de ideias, desabafos e entre-ajuda.

À Patrícia Silva, Sofia Câmara, Rita Alves e Ana Mendes pela amizade, por todo o apoio, por toda a ajuda, e por todos os conselhos desde o princípio ao fim deste percurso.

À Madalena Garcia, Marta Ataíde e Patrícia Mendonça, pela amizade, pelo apoio, e pelo facto de me fazerem sempre rir à gargalhada mesmo nos momentos mais desesperantes.

A todas as mães que participaram neste estudo, pela participação, sem a qual esta investigação não teria sido possível, e pela abertura ao diálogo.

Esta Dissertação é dedicada à minha avó, que estará sempre no meu pensamento, e que não me viu acabar o Curso.

Resumo

Ao longo da evolução dos estados depressivos, muitas alterações são sentidas nos mecanismos básicos inerentes à existência humana, entre eles o sono e o sonho. O objectivo subjacente à presente investigação é explorar algumas características da vida nocturna, nomeadamente do sono e do sonho, em ligação com os sintomas depressivos apresentados pelos participantes. A questão de investigação foi operacionalizada num desenho metodológico de cariz exploratório transversal. A amostra por conveniência é constituída por 31 mães com sintomas depressivos, com idades compreendidas entre os 31 e os 54 anos. Foram aplicados dois instrumentos de avaliação: o “Inventário de Depressão de Beck” (Beck & Steer, 1987) e o “Questionário da Vida Nocturna: o Sono e o Sonho” (Pedro, Silvestre, , 2008). Verificámos uma correlação significativa entre os scores do “Inventário de Depressão de Beck” e ambos os scores da qualidade de sono e de sonho. Concluímos que os diferentes graus de depressão não afectam significativamente nem a qualidade de sono nem a qualidade sonho, no entanto, quando analisadas as médias e valores mínimos e máximos dos scores do citado inventário, concluiu-se que estes afectam a qualidade de sono mas não a de sonho. Neste, as emoções negativas predominaram, nomeadamente: vergonha, raiva, humilhação, ciúme, desamparo, culpa, tristeza, angústia, chorar, medo.

Palavras-chave: depressão; sono; sonho

Abstract

During the evolution of the depressive states, several alterations are felt in the basic mechanisms underlying the human existence, such as the sleep and the dream. The main purpose of the following study was to explore some characteristics of the night life, especially the sleep and the dream, in connection with the depressive symptoms presented by the participants. This was carried out through an exploratory and transversal method. A convenience sample of 31 mothers with depressive symptoms, whose ages ranged from 31 to 54 years-old. There were applied two evaluation instruments: "The Beck Depression Inventory" (Beck & Steer, 1987), and the "Questionnaire of the night life: the Sleep and the Dream" (Pedro, Silvestre, , 2008). We observed a significant correlation between the scores of "The Beck Depression Inventory" and the scores of both quality of sleep and dream. We also concluded that the different degrees of depression don't affect significantly neither the quality of sleep nor the quality of dream, however, when analysed the means and maximum and minimum values from the quoted inventory, we concluded that these last affect the quality of sleep but not of dream. In this last one, the negative emotions were found to have more prevalence, particularly: shame, anger, humiliation, jealousy, helplessness, guilt, sadness, anguish, crying and fear.

Key words: depression; sleep; dream

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Sono e Sonho	1
1. Perspectiva Histórica do Sono e do Sonho	1
Capítulo II – Depressão	8
2. Perspectiva Histórica da Depressão	8
3. Caracterização dos Critérios de Diagnóstico da Depressão	16
Capítulo III – O Sono e o Sonho na Depressão	17
4. Perspectivas Actuais do Sono e Sonho na Depressão	17
Problemática e Questões em Estudo	23
Metodologia	24
1. Delineamento	24
2. Amostra	24
3. Procedimento	24
4. Instrumentos	25
4.1 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	26
4.2 Questionário da Vida Nocturna : o Sono e Sonho	26
Resultados e Análise de Resultados	28
1. Variáveis Sócio-Demográficas	28
2. Características Métricas das Escalas na Amostra	31
3. Análise Estatística dos Resultados	32
Discussão	39
Conclusão	49
Referências Bibliográficas	51
Anexos	54
Anexo 1 – Carta Consentimento Informada	57
Anexo 2 – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	59
Anexo 3 – Outputs Estatística Descritiva	61
Anexo 4 – Outputs Estatística Inferencial	64
Anexo 5 – Outputs Estatística Bivariada (Correlações)	69
Anexo 6 – Outputs Consistência Interna das Escalas	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Grau Acadêmico das Participantes	28
Gráfico 2 – Estado Civil das Participantes	29
Gráfico 3 – Região Geográfica das Participantes	29
Gráfico 4 – Grau Depressão das Participantes	30
Gráfico 5 – Qualidade do Sono das Participantes	30
Gráfico 6 – Qualidade do Sonho das Participantes	31
Gráfico 7 – Médias Emoções Negativas e Positivas	33
Gráfico 8 – Qualidade do Sono VS Grau Depressão	35
Gráfico 9 – Qualidade do Sonho VS Grau Depressão	36
Gráfico 10 – Qualidade do Sonho (Sub-Escalas) VS Grau Depressão	37

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Idade das Participantes	28
Tabela 2 - Qualidade do Sono das Participantes	30
Tabela 3 - Qualidade do Sonho das Participantes	31
Tabela 4 – Consistência Interna das Escalas	31
Tabela 5 – Consistência Interna Sub-Escalas Sonho	32
Tabela 6 – Correlação Pearson entre Scores BDI e Scores Questionário Vida Nocturna : o Sono e Sonho	33
Tabela 7 – Médias Emoções Negativas	34
Tabela 8 – Médias Emoções Positivas	34
Tabela 9 – Qualidade do Sono VS Grau Depressão	35
Tabela 10 – Qualidade do Sonho VS Grau Depressão	36
Tabela 11 – Qualidade do Sonho VS Médias Grau Depressão	36

Introdução

“Ora, o sonho cria uma realidade fora do sujeito, que é ele mesmo, através da projecção” (Sami-Ali, 2001 p. 31)

Perspectiva Histórica do Sono e do Sonho

Vários foram os autores que focaram a sua atenção no mundo do sono e dos sonhos, bem como foram despolutando várias crenças, ideologias e opiniões ao longo dos séculos em torno desta temática. Inicialmente, foi Freud quem avançou com a primeira teoria, em 1900, com a publicação de *A Interpretação dos sonhos*, que revolucionou o meio científico ao considerar o sonho como a realização de desejos inconscientes.

Relativamente à fisiologia do sono, através da observação de indivíduos a dormir, foram descobertas diversas variações corporais tais como: alterações vegetativas, do tónus muscular e dos reflexos. Em 1953, Azerinsky e Kleitman identificaram a fase do sono na qual surge o sonho como “sono paradoxal”, que é caracterizado por contracções das extremidades das mãos e da face, e por movimentos oculares rápidos. Este tipo de sono ocupa um quarto do sono total e compõe-se de uma única fase, que se caracteriza por movimentos oculares rápidos (REM – *Rapid Eyes Movement*), onde o despertar é difícil e o sujeito recorda-se dos sonhos ocorridos em 80% dos casos (Wolff, 1985).

O sono é uma viagem. O cérebro funciona como um motor a três tempos: vigília, sono lento e sono paradoxal, alternando estas fases, com regularidade, em episódios sucessivos. Em cada noite fazemos cerca de 5 ciclos de sono, com uma duração média de 60 minutos, sendo o primeiro mais longo, com duração aproximada de 90 minutos. Em cada ciclo há um pouco de sono lento, de vigília e de sono REM. (Hobson, 1989)

Quando o sono inicia, entra-se nas fases 1 e 2, superficiais, e que demoram apenas alguns minutos. Desce-se depois para as fases mais profundas, 3 e 4. A seguir, o sono torna-se outra vez menos profundo até se chegar novamente à fase 2. Finalmente, entra-se pela primeira vez no sono REM (Hobson, 1989).

Este ciclo repete-se depois várias vezes ao longo da noite, mas os ciclos sucessivos não são todos iguais. No primeiro ciclo, as fases profundas do sono (3 e 4) duram muito tempo, enquanto que o primeiro sono REM é curto. Nos ciclos seguintes, a

duração do sono REM prolonga-se e o sono não-REM torna-se menos profundo, chegando mesmo a desaparecer as fases 3 e 4. Pode assim dizer-se que a qualidade do sono se altera ao longo da noite (Hobson, 1989).

No entanto, é de salientar que algumas décadas antes, Freud tinha afirmado que o ser humano sonhava todas as noites e não só apenas antes do acordar, o que se pode dizer ser uma antecipação da posterior comprovação electroencefalográfica da actividade de sonhar (Freud, 1900).

Freud (1900) considera o sonho como um guardião do sono, pois permite a satisfação parcial dos desejos inconscientes recalcados, de forma a que os impulsos se possam libertar durante o relaxamento do sono.

Segundo este autor, existem três possíveis origens do desejo que provocou o sonho: 1) que surgiu durante a vigília e não pôde ser satisfeito por motivos externos; 2) que surgiu durante a vigília, mas foi recalcado; 3) que não tem ligação com a vida desperta, mas origina-se inconscientemente e só aparece durante o sono (Freud, 1900).

Recorrendo à sua teoria psicanalítica, Freud afirmou que os desejos eróticos originados na infância são a força motivadora indispensável para a formação dos sonhos. O autor identifica nos sonhos os seguintes elementos: o conteúdo manifesto, as imagens do sonho recordadas; o conteúdo latente, os desejos ou pensamentos inconscientes que tentam chegar ao consciente e são o verdadeiro motivo do sonho; e a elaboração onírica, que é o trabalho de elaboração psíquica que o conteúdo latente sofre antes de converter-se em manifesto. Assim, os sonhos podem ser divididos em três categorias: os que fazem sentido, os articulados entre si mesmos, e os sem sentido ou inteligibilidade (Freud, 1900).

O autor também descreveu importantes relações entre os distúrbios mentais e os sonhos: conexões etiológicas e clínicas; modificações dos sonhos nos casos de doença mental; e relações sonho – psicose, onde no período de recuperação das psicoses, a vida de vigília é normal, mas a vida onírica ainda está alterada. Freud afirma ainda que não existe sentido lógico do tempo, bem como os conceitos de tempo cronológico e de espaço. Para o autor, no sonho revive-se o passado, esquece-se o presente e prevê-se o futuro (Freud, 1900).

Para o fundador da Psicanálise, o sonho é uma dramatização regressiva, que mascara os conflitos inconscientes traumáticos e as tentativas de solução, que sempre são fictícias. Muitos dos sonhos não fazem sentido, mostrando-se pouco claros, ou muitas vezes inteligíveis; nesses casos, é necessário uma análise para a sua

compreensão, porque o conteúdo manifesto não coincide com o latente, facto este que acontece devido ao desejo subjacente de ser censurável. Por esse motivo, implica a acção de uma censura sobre ele, não o deixando manifestar-se claramente. Quando existe esta acção, a elaboração do sonho utiliza dois importantes mecanismos: a *condensação* e o *deslocamento* (Freud, 1900).

Freud afirmou que, não só a condensação e o deslocamento contribuem para a deformação onírica, mas também outros mecanismos como a *simbolização* (forma especial de deslocamento) e a *elaboração secundária* (Freud, 1900).

Neste contexto é importante explicitar o conceito de símbolo nos sonhos, que é um elemento do conteúdo manifesto, que mantém uma relação constante com o simbolizado, que está reprimido. Freud, salientou que os símbolos são muito numerosos, mas o número de símbolos nos sonhos é pequeno, restringindo-se ao corpo humano, pais, crianças, irmãos, nascimento, morte, nudez, solidão e objectos e actividades relacionados com a vida sexual. Sandor Lorand afirmou também que embora um grupo de símbolos tenha um significado universal, muitos deles só podem ser analisados e percebidos através das associações do paciente (Freud, 1900).

A elaboração secundária intervém no sentido de criar uma lógica entre os elementos do conteúdo manifesto procurando uma totalidade. Sobre este mecanismo Freud avança com a ideia de que este não proporciona mais que uma falsa inteligibilidade das ideias latentes ou inconscientes, substituindo os seus enigmas (Freud, 1900).

Na condensação o que acontece é a situação de dois ou mais elementos do conteúdo latente aparecerem representados num só elemento no conteúdo manifesto. Deslocamento é quando o afecto é separado do elemento a que está ligado no conteúdo latente juntando-o a outro que fará parte do conteúdo manifesto. Estes dois mecanismos podem operar tanto independentemente como em conjunto. Regressando à teoria de Freud, Wilhelm Stekel afirma que estes mecanismos estão ao serviço da chamada deformação onírica. De acordo com Roland Dalbiez, o deslocamento funciona como disfarce, não no sentido de fim, mas sim de resultado, tentando substituir uma expressão despersonificada e abstracta em algo mais plástico e concreto (Elyseu Jr., 1989).

Posteriormente, Garma inclui ainda mais um mecanismo, contrário à condensação, denominado desdobramento, onde apenas um elemento do conteúdo latente aparece representado em dois ou mais elementos do conteúdo manifesto (Garma, 1974).

Assim, relativamente aos mecanismos de defesa utilizados na elaboração do sonho, temos: dramatização, simbolização, condensação, desdobramento, deslocamento e elaboração secundária, que, à excepção da dramatização, actuam todos na deformação onírica. Tendo em conta todos estes aspectos, pode-se concluir que o sonho é um *produto patológico efémero*, ou um *sintoma psíquico*, na medida em que resulta da conjugação entre o desejo de dormir, o desejo reprimido e a censura (Elyseu Jr., 1989).

A recordação dos sonhos é fragmentada e muitas vezes imprecisa e falsificada, com imagens fracas e pouco inteligíveis, onde o esquecimento dos mesmos é resultado da resistência, facto que será posteriormente explicado. Assim, os sonhos são produtos da própria actividade mental e processam-se por imagens visuais, recorrendo também a impressões auditivas, onde o conteúdo é derivado da experiência. Freud refere ainda a existência de quatro fontes de sonho: excitações sensoriais externas (objectivas); e internas (subjectivas); estímulos somáticos internos (orgânicos); e estímulos puramente psíquicos (Wolff, 1985).

De seguida, foi Jung com a ideia da importância dos símbolos oníricos e do seu significado que marcou o campo dos sonhos. Para Jung, o sonho é uma expressão espontânea, normal e criativa do inconsciente, que ocorre sob a forma de símbolos e imagens. Para interpretá-lo há que haver um esforço para decifrar esses mesmos símbolos e imagens, ligando-os e ampliando-os com o material contíguo (Jung, 1977).

Segundo o autor, a função dos sonhos é tentar restabelecer a nossa balança psicológica, produzindo material onírico que reconstitua um equilíbrio psíquico total. Chama-se a função compensatória do sonho, compensando as deficiências da personalidade prevenindo-a dos seus rumos actuais. Jung afirma também que com o decorrer da análise, os sonhos tornam-se mais complexos e difíceis de entender. Consequentemente, os sonhos podem ser interpretados a dois níveis: objectivo e subjectivo; no primeiro liga-se associativamente o sonho a pessoas ou objectos reais; no segundo estabelece-se a relação entre o ego consciente e o ego onírico (Jung, 1977).

Outra técnica importante nesta área foi a do psicodrama de J. L. Moreno, que introduziu uma nova abordagem técnica: a representação psicodramática dos sonhos, ou onidrama, onde o sonho, em vez de ser simplesmente narrado, é vivido na acção dramática (Moreno, 1974).

Moreno trouxe, com as suas técnicas psicodramáticas, a dramatização dos sonhos, onde o paciente em vez de relatar o sonho, representa-o, utilizando para isso vários egos-auxiliares, que desempenham papéis dos caracteres e o objecto do sonho.

No psicodrama, o sonho é encarado como representativo de impulsos criativos, e o sonhar como um processo criativo. Existe uma estreita relação entre a representação psicodramática e o sonho, pois em ambos ocorrem produções fantásticas relacionadas a dinâmicas e inconscientes (Moreno, 1974).

Já na opinião de Fairbairn, os sonhos são “shorts” de situações existentes na realidade interna ou psíquica do sujeito mais do que realização de desejos, ou seja, o que se revela nos sonhos são partes da personalidade do sonhador e dos seus objectos internalizados (Fairbairn, 1952).

Segundo Wilfred R. Bion, é crucial para cada indivíduo ter uma “função alfa”, capaz de processar as suas impressões sensoriais internas e externas e transformá-las em elementos alfa que estejam aptos para os pensamentos oníricos ou inconscientes da vigília. Deste modo, é formada uma barreira de contacto que estabelece tanto o contacto como a separação dos conteúdos conscientes e inconscientes, onde as forças de censura e resistência são essenciais para realizar a diferenciação entre essas duas instâncias. Concluindo, segundo este autor, o indivíduo pode sonhar se possuir a função alfa, se isto não acontecer, não pode sonhar, e conseqüentemente dormir. Neste caso, aparecem os elementos beta, inaptos para qualquer pensamento onírico ou inconsciente de vigília, que evacuam através da identificação projectiva (Bion, 1962).

Na sua obra “O Ego e os Mecanismos de Defesa”, Anna Freud afirma que a elaboração do sonho não é feita pelo Ego e que todos os mecanismos utilizados nela são processos peculiares do Id e utilizados unicamente para a sua distorção (Freud, 1968).

Assim, concluiu-se que a elaboração do sonho – e voltando à origem de todas estas teorias - é um processo inconsciente entre o Ego e o Id, visto que este último não possuiria impulsos instintivos deslocados, se o Ego, normalmente pressionado pelo Superego, lhes permitisse uma livre imersão. É importante esclarecer que o sonho é a via régia para o inconsciente porque é onde o material patógeno latente se expressa mais facilmente, e não porque o mostra claramente, visto que este está altamente deformado pela acção defensiva do Ego (Freud, 1900).

Baseado em algumas teorias de Freud relativas ao sonho, Angel Garma, afirmou que o sonho não é mais que uma tentativa de combater o desconforto psíquico originado pelas situações traumáticas, mediante a satisfação de desejos. Este autor, salienta três componentes do sonho: 1) *a tela do sonho*, que é uma superfície plana com conteúdos psíquicos, que é plana por ser originária de um estado de regressão fetal intra-uterina onde a visão é plana, sem profundidade; 2) *a luminosidade na tela do sonho*, que é a

alucinação onírica primordial, conseqüente da reactivação das recordações inconscientes da vivência de recém-nascido; 3) *o conteúdo manifesto do sonho*, uma manifestação mascarada de situações traumáticas, que continua activa no inconsciente (Garma, 1974).

A escola Kleiniana tem a hipótese sobre o sonhar talvez mais aceite no pensamento psicanalítico actual, que é a de *tentativa de elaboração de um conflito*, considerando o sonho como a dramatização de um conflito com todas as suas ansiedades e relações objectais presentes (Segal, 1975).

Meltzer defende que os sonhos devem ser considerados como imagens de uma vida onírica que é constantemente desdobrada, esteja o sujeito a dormir ou não. Para o autor os sonhos contados podem ser considerados como sucessos ou falhas, onde um sonho com sucesso é o que contribui para a resolução de um problema, e o que falha não (Meltzer, 1984).

Grinberg propôs uma classificação clínica dos sonhos dividindo-os em três categorias: “*evacuative dreams*”, que procuram uma descarga de afectos insuportáveis, fantasias inconscientes e relações de objecto num objecto externo que funciona como contentor; “*mixed dreams*”, que procuram não só uma descarga mas também possuem elementos de preocupação e culpa; e “*elaborative dreams*”, que contêm elementos depressivos e reparadores com uma tendência nítida para a elaboração (Grinberg, 1987).

Este autor afirma também que os sonhos estão muitas vezes relacionados com separações do analista, e que nas fantasias inconscientes dos conteúdos latentes se encontram frequentemente situações edipianas, ciúmes, sentimentos de exclusão, problemas que envolvem o nascimento ou a morte e ansiedade de separação (Grinberg, 1987).

Outra tese importante é de Michel Jouvet, que afirma que o sonho possui uma função biológica de reprogramação dos comportamentos instintivos essenciais ao ser humano, nomeadamente a sexualidade, as funções alimentares, de ataque ou fuga, encenadas, estimuladas e revividas no sonho (Jouvet, 1995).

A percentagem de sonho, em relação ao sono normal, é de 20 a 25% no adulto jovem, 50% nos recém-nascidos e de 80% nos prematuros de 7 meses. Fisher integrou investigações psicobiológicas na teoria psicanalítica relativamente aos sonhos e ao dormir, afirmando que sonhar é um processo universal e psicobiológico, inerente ao funcionamento mental (Elyseu Jr., 1989).

Segundo Hobson, o sono REM tem duas funções. A primeira é a restauração do cérebro. Durante o sono REM a serotonina e a noradrenalina (que têm um efeito positivo sobre o bem-estar e a energia física e mental) continuam a ser sintetizadas pelos neurónios especializados na sua produção, mas deixam de ser libertadas nas sinapses. São “poupadas” e vão-se acumulando no terminal dos neurónios, sendo libertadas na manhã seguinte. Assim, uma boa noite de sono terá um efeito equivalente ao do Prozac – aumenta a disponibilidade de serotonina nas sinapses, promovendo o bem-estar e a energia física e mental (Hobson, 1989).

A segunda função dos sonhos é o processamento e organização da informação das experiências do dia anterior, e a sua integração na memória. Numa experiência, os indivíduos aprendiam a fazer uma tarefa de discriminação visual. No dia seguinte, os sujeitos que eram deixados dormir à vontade para consolidar a aprendizagem do dia anterior melhoravam o seu desempenho nessa actividade. Pelo contrário, os sujeitos que eram privados do sono REM não melhoravam. Mesmo depois de duas noites de “recovery sleep”, o seu desempenho nunca foi tão bom como o daqueles que tinham “dormido sobre a nova aprendizagem”. Em suma, “se não se dorme o suficiente depois de ter aprendido coisas novas, não se consegue integrá-las eficazmente na memória” (Hobson, 1989).

De acordo com Hobson, o conteúdo dos sonhos incide em grande parte sobre o quotidiano, designadamente sobre as experiências do dia anterior. Hobson discorda totalmente da teoria freudiana dos sonhos. De acordo com esta, durante o sono, o ego reduz a vigilância sobre o id, deixando os desejos, sobretudo sexuais, escaparem do inconsciente e surgirem nos sonhos. No entanto, estes aparecem de forma disfarçada (os conteúdos manifestos dos sonhos são censurados e, portanto, apenas uma versão simbólica dos seus conteúdos latentes) e, por essa razão, têm de ser “interpretados”. Hobson critica Freud, argumentando que os dados trazidos pelas análises EEG mostram que o cérebro se encontra muito activo durante os sonhos (sono REM) e, portanto, mais próximo do consciente do que do inconsciente (Hobson, 2002).

Ao contrário do modelo psicanalista, Hobson não analisa os sonhos pelo conteúdo mas sim pela forma. A fenomenologia dos sonhos passa por estudos formais que implicam a interpretação dos movimentos oculares, batimento cardíaco, ritmo respiratório e EEG em que a activação cerebral é clara e muito semelhante a estar acordado. As propriedades formais para Hobson são a incongruência e a descontinuidade (Hobson, 2002).

Hobson fala ainda de cinco características fundamentais da actividade onírica, a saber: o facto de uma emoção sentida de forma intensa pode tanto interromper como acabar com o estado do sonho; o conteúdo e organização não têm lógica, onde não há aplicação nem de unidades de tempo, nem de lugar, nem de pessoa, bem como se desobedece às leis naturais; a presença da experiência de impressões sensoriais construídas, em alguns casos bizarras; e por fim, a dificuldade de recordar um sonho depois de este ter acabado.

O sonho é assim um processo criativo onde se projecta todo um mundo interno, fazendo parte de um conjunto de equivalentes da função onírica: o fantasma, a fantasia, a alucinação, o afecto, a ilusão, a crença, o jogo, a transferência, entre outros (Sami-Ali, 2001).

O sonho engloba a temporalidade, podendo reflectir experiências passadas, presentes e futuras condensadas num só momento. Assim, é superada a tridimensionalidade para se vivenciar a dimensão subjectiva, de maneira mais rica e subjectiva (Wolff, 1985).

Perspectiva Histórica da Depressão

Numa perspectiva histórica da teoria apresentada ao longo dos tempos sobre a depressão, os primeiros escritos encontrados com uma maior projecção são de Freud em 1893 onde este falou dos temas da depressão e da melancolia, embora o primeiro autor a falar sobre a depressão foi Abraham em 1911. Anteriormente, os trabalhos encontrados eram relacionados maioritariamente com a histeria, a neurastenia e a hipnose (Pardinielli & Bernoussi, 2006).

Num segundo período, datado entre 1896 e 1910, Freud deixa para trás as considerações nosográficas e etiopatogénicas que prevaleciam nas teorias sobre a melancolia e depressão, passando para a diferenciação entre as neuroses de defesa das neuroses actuais. Neste época, Freud dedica-se também à significação dos sonhos e na sua auto-análise. Por esta altura e a propósito da melancolia, Freud realça o recalçamento das pulsões hostis, remorsos e auto-censuras, as noções de conflito psíquico e desejo inconsciente, e seguidamente, sobre a depressão secundária fala do carácter doloroso da separação de alguma coisa que fez parte de si, nomeadamente, uma perda afectiva (Coelho, 2004).

Em 1911 Freud volta ao tema da depressão, reformulando no entanto radicalmente a problemática psicopatológica da mesma, elaborando o conceito de narcisismo e do retorno ao auto-erotismo e transferência para o Eu da libido, propostos anteriormente (1908) por Abraham (Coelho, 2004).

Na sua obra *Luto e Melancolia* (1917), Freud faz uma distinção clara entre estes dois conceitos. O luto, é segundo o autor a reacção à perda de um ente querido ou de alguma abstracção que ocupou o lugar de um ideal, sendo inútil ou prejudicial qualquer intervenção perante o mesmo. Já a melancolia tem como traços mentais característicos um “desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer actividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilhecimento, culminando numa expectativa delirante de punição” (Freud, 1917).

É interessante observar o facto destas considerações do autor, que datam de quase há cem anos atrás, encontraram sintomas muito semelhantes aos postulados pelos actuais autores referentes à depressão. Mais ainda, quando afirma que a melancolia pode ser também uma reacção à perda de um objecto amado, não como morte real mas como perda de amor, teoria postulada por muitos autores, nomeadamente, António Coimbra de Matos (2002) que será posteriormente abordado. Esta perda objectal na melancolia está ligada a um mecanismo inconsciente em contraste com o luto em que nada existe inconsciente em relação à perda (Freud, 1917).

É recorrente o paciente percepção o seu ego sem qualquer valor e moralmente desprezível, desenvolvendo um quadro de “delírio de inferioridade”. Duas características também recorrentes na melancolia são a insónia e a recusa alimentar, situações estas que aparecem como uma superação do instinto que faz com que o sujeito se ligue à vida. É muito comum também uma exacerbada auto-crítica e uma insistente comunicabilidade com um constante desmascaramento de si próprio. É interessante também a constituição do ego no sujeito melancólico, onde uma parte do ego coloca-se contra a outra, julgando-a cirticamente e tomando-a como seu objecto. Deste modo, a característica mais marcante do quadro clínico da melancolia é a insatisfação do ego por motivos de ordem moral (Freud, 1917).

Como já foi referido, as auto-acusações no melancólico são constantes, no entanto, é importante salientar que normalmente são referentes a um objecto amado e que foram deslocadas desse objecto para o ego do próprio paciente. Assim, a tendência

para se desenvolver a melancolia reside na predominância do tipo narcisista da escolha objectal, onde o ego incorpora o objecto desejando devorá-lo. Neste mesmo contexto aparece também a autotortura como uma satisfação das tendências de sadismo ou ódio relacionados a um objecto que retornam assim ao próprio eu do sujeito, vingando-se do objecto original através da sua patologia. Existe assim uma parte da catexia erótica que retrocede à identificação, e outra que sobre o efeito da ambivalência (manifesta nas relações amorosas) é levada de volta à etapa de sadismo mais próxima do conflito. Este sadismo explica assim a tendência para o suicídio na melancolia, uma vez que dirigindo a hostilidade relacionada com um objecto contra si pode matar-se, representando assim a reacção do ego para com os objectos do mundo externo (Freud, 1917).

Na melancolia, existe uma impossibilidade de se retrain as catexias necessárias ao sono resultando assim na insónia comum nesta patologia. Anticategias são atraídas, empobrecendo o ego, deixando este resistente ao desejo de dormir (Freud, 1917).

Existe também uma característica central no quadro da melancolia que é a tendência que esta tem em tornar-se mania, estado este oposto ao primeiro. Regularmente existe uma alteração destas duas fases definida como “insanidade circular”. Ambas as desordens lutam contra o mesmo complexo, com a diferença que na melancolia o ego sucumbe ao complexo, e na mania domina-o ou põe-o de lado. Assim, na mania, o ego superou a perda do objecto (Freud, 1917).

Em contrapartida, na melancolia as relações objectais são complicadas pelo conflito devido a uma existente ambivalência. Deste modo, podem tomar duas formas, onde numa é um elemento de toda a relação amorosa formada pelo ego, e na outra provém precisamente das experiências que envolveram a ameaça da perda do objecto. Consequentemente, são travadas inúmeras lutas em redor do objecto, com sentimentos contrastantes de ódio e amor, em que um procura separar a libido do objecto e o outro defender a posição da libido contra o assédio (Freud, 1917).

Como última referência a esta obra de Freud, indico as três pré-condições que o autor encontra para o aparecimento do estado melancólico, a saber, a perda do objecto, a ambivalência e a regressão da libido ao ego (Freud, 1917).

Em 1923, na obra *Eu e o Id*, Freud afirma que na melancolia o investimento objectal é substituído por uma identificação, e reforça o papel do Supereu na depressão e na melancolia, desenvolvendo a ideia de que o Eu sacrifica-se para que se sinta odiado e perseguido pelo Supereu protector, e de que a angústia de morte que especifica a

própria melancolia é da mesma natureza que as angústias do nascimento e da separação, retomando ainda as noções de culpabilidade e de pulsão de morte (Freud, 1923).

A seguir a Freud, o autor que mais se destacou nas teorias sobre a melancolia, foi Abraham, que na sua primeira análise da psicose depressiva encontrou significantes semelhanças a nível de estrutura com as neuroses obsessivas (Coelho, 2004).

Para Abraham, o motor da depressão seriam as “disposições nervosas” do sujeito, onde as suas tendências sádicas se voltam contra ele, pondo em evidência os mecanismos de projecção e censura, e de um “sadismo recalcado no inconsciente” tirando prazer do seu sofrimento. O autor refere que nestes pacientes há a existência de decepções precoces na relação da criança com os pais, que criam uma decepção ao nível edipiano que ao não ser ultrapassada vai mais tarde ser reactivada e desenrolar uma resposta depressiva (Pardinielli & Bernoussi, 2006).

Assim, o autor formulou dois factores que estariam na base do despoletar da depressão melancólica, a saber: uma renúncia constitucional ao erotismo oral, favorecendo a fixação da libido na fase oral, e uma grave ferida do narcisismo infantil derivada de uma decepção amorosa onde surge um sentimento de total abandono. Outra ideia central na teoria de Abraham relativa à depressão é que esta surge de uma regressão da libido ao estado mais primitivo, designado como oral ou canibal (Coelho, 2004).

Os sintomas enunciados por Abraham têm tendência a voltar ao estado consciente e a aparecer de diferentes formas, como sonhos, somatizações e muito frequentemente em desejos violentos de vingança ou impulsos criminosos. Para este autor a principal característica desta patologia é a inibição psíquica, onde o relacionamento com o mundo exterior torna-se muito difícil, procurando inconscientemente excluir-se do mesmo onde a sua tendência auto-erótica é manifestada na forma de inibição (Coelho, 2004).

De uma forma mais resumida, Freud (1917) indicou que o Eu do paciente deprimido é a transformação de uma réplica do objecto de amor perdido através de um mecanismo de identificação, onde o sujeito dirige para o ego a raiva e ódio que sente em relação ao objecto amado e perdido, numa atitude de manifesta ambivalência. Abraham (1924), em contrapartida, reconsiderou a hipótese da identificação afirmando que esta conduziria a uma forçada fantasia de devoração do odiado objecto de amor. Em 1928, Rado, introduziu três novos aspectos: que na depressão o paciente regride para o primeiro objecto de amor de infância, a mãe; que tem a mesma ideia que teve o bebé, ou

seja, destruir o aspecto frustrante do objecto amado, retendo simultaneamente o aspecto gratificante do mesmo; e que o processo depressivo é também de expiação, na medida em que se mostra sobrecarregado de raiva dirigida contra o próprio (Coelho, 2004).

Mais tarde, em 1951, Rado formulou uma perspectiva psicodinâmica da depressão do ponto de vista etiológico, onde considerava uma diversificada quantidade de fenótipos associados às alterações de humor, vendo o episódio depressivo como um acto de desespero por amor, normalmente precipitado por uma perda real ou imaginária, em que o paciente sente ameaçada a sua segurança emocional (Coelho, 2004).

Deste modo, o autor traçou um quadro clínico de uma depressão, que como se pode ver se assemelha em muito ao reconhecido actualmente: tristeza e constante tensão desagradável, intolerância em relação à sua situação, auto-estima abalada, auto-confiança despedaçada, lentidão da iniciativa, pensamento e acções motoras, medos e sentimentos de culpa manifestos, preocupação com falhas e defeitos, um profundo ressentimento com a sua vida, ideias e impulsos suicidas, perturbação no sono, apetite e desejo sexual diminuídos ou não existentes, desinteresse pelo trabalho e rotinas, evitando relações afectivas/competitivas, capacidade de disfrutar a vida. O seu aparecimento pode ser súbito ou gradual e pode ter uma duração de dias a semanas ou mesmo a muitos meses, variando a gravidade do levemente neurótico ao totalmente psicótico (Coelho, 2004).

Outra autora que marcou as teorias da depressão foi Klein, que explicou a base da depressão com o aparecimento do desespero, remorsos e ansiedade. A posição depressiva, vista como um grupo de relações objectais, ansiedades e defesas, é a certo ponto na infância alcançada, deixando a capacidade para a depressão presente. (Segal, 1975) Deste modo, os depressivos estão preenchidos de ansiedade em relação ao objecto pelo qual lutam de maneira a manter unido como um todo. É também típico destes pacientes uma identificação do Eu com o sofrimento dos bons objectos, num combate interno existente entre os ataques dos maus objectos e do Id contra os bons objectos (Segal, 1975).

Klein afirma também que os estados depressivos têm por base e derivam dos estados paranóides, sendo uma mistura de uma ansiedade paranóide e de conteúdos ansiosos, de sentimentos de sofrimento e de defesas que estão associados com a perda do objecto amado. A posição depressiva leva a um desejo de reparação do objecto e quando esta falha estabelece-se uma situação de desespero (Klein, 1940).

Fairbairn, apesar de ter contribuído pouco para a teorização da depressão, trouxe algumas anotações adoptando as ideias iniciais de Klein. Assim, para o autor a depressão seria uma reacção contra a consciência da perda ou da mudança, mantendo assim o seu sistema fechado ao mundo interno protegendo os vínculos existentes. Existe conseqüentemente um processo de clivagem e recalçamento do Eu, utilizando a depressão para isolar o mundo interno criado mediante a perda e a mudança, que fazem parte das experiências do mundo externo. Esta patologia ataca a vitalidade, eficácia e vontade de viver do sujeito, colocando estase e inércia, dando a ilusão que não precisa de mudança. Concluindo, nesta perspectiva fairbairniana, a depressão pode despoletar a qualquer nível do desenvolvimento ou estilo de carácter (Fairbairn, 1936).

Spitz, em 1946, desenvolveu um estudo com crianças onde traçou um quadro clínico da depressão anaclítica com os seguintes sintomas: apreensão, tristeza, choro, dificuldade no contacto, rejeição ao meio ambiente, atraso no desenvolvimento psicomotor, atraso nas reacções aos estímulos, lentidão de movimentos, perda de apetite e recusa de alimentação, perda de peso e insónia. Embora seja um estudo realizado com crianças, é interessante ver que os sintomas apresentados são novamente semelhantes aos da depressão adulta (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Winnicott, em 1955, não se debruçando profundamente nesta temática, aceitou a posição depressiva teorizada por Klein, contestando no entanto que a autora não teria distinguido um fenómeno normal do desenvolvimento de um considerado patológico. O autor desenvolveu o “estado de inquietude” e os conceitos de depressão maturativa e doença depressiva (Coelho, 2004). Este autor falou também da hipótese de que quando os cuidados maternos estão em carência, resultam num traumatismo que será desorganizador da evolução psíquica do sujeito, desenvolvendo uma insegurança narcísica e fragilidade identitária que terão como produto final uma baixa auto-estima (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Outra colaboração, foi a de Marty, em 1968, que trouxe o conceito de depressão essencial, definida como depressão sem objecto, onde há uma diminuição do nível libidinal sem qualquer contrapartida positiva. Além deste aspecto, são depressões sem auto-acusação ou culpabilidade consciente onde a ferida narcísica se dissolve na esfera somática. É traço comum também um aniquilamento de toda a dinâmica mental, estabelecendo-se após certas experiências traumáticas desorganizarem diversas funções psíquicas (Coelho, 2004).

Lacan, repensa a teoria de Freud, descrevendo a depressão não como um sintoma mas como uma situação de um Ego empobrecido num processo idêntico ao luto, centrando o problema não na depressão em si mas na dor mental (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Mahler, na década de 80, definiu os traumatismos da fase de separação-individuação, como determinantes na reactividade à depressão, onde a angústia de perda do objecto faz com que apareça uma base fértil para o afecto depressivo. Sendo assim a reacção depressiva é como uma resposta a uma situação angustiante (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Como podemos observar, a depressão foi uma temática que desde sempre despertou o interesse dos grandes nomes da Psicologia e da Psicanálise, suscitando diversas dúvidas, controvérsias, discussões e questões. Gaylin, em 1983, afirmou até que a depressão teve um papel histórico no desenvolvimento do pensamento psicanalítico, onde foi necessária uma reavaliação sucessiva da teoria psicanalítica da depressão (Coelho, 2004).

Numa perspectiva mais actual da depressão, destacam-se, na minha opinião, as teorias de Coimbra de Matos (2002) em torno desta temática, que revisitando alguns autores passados, nomeadamente Freud, estabeleceu uma linha de pensamento vanguardista e enquadrada nos tempos que correm.

Começando pela “personalidade depressiva” postulada pelo autor, encontramos uma história modelo onde se encontra: a depressão primária pré-edipiana, decepção edipiana intensa, fixação oral-narcísica, dificuldade em investir objectos infantis e adolescentes, decepção nos amores da infância e adolescência, fixação a estes últimos, impossibilidade de um amor adulto desconfitualizado e uma relação amorosa adulta insatisfatória (Matos, 2002).

Coimbra de Matos distingue também dois tipos de depressão: a depressão objectal ou de culpabilidade e a depressão de inferioridade ou narcísica. No primeiro caso, predominam os sentimentos de desamparo, abandono e culpa, e está relacionada com a perda do objecto, do amor, apoio e estímulo ou alimento narcísico exógeno do objecto. No segundo caso, predominam os sentimentos de inferioridade e vergonha, relacionada com a perda no Eu, de self-imagens valorizantes, ou seja, a perda narcísica. Assim, a primeira depressão está ligada à estrutura obsessiva da personalidade e a segunda, à estrutura histérica. O autor fala ainda de um terceiro tipo de depressão, de inutilidade, ligada ao sentimento de indiferença do objecto, onde há uma retracção

narcísica e retirada autística do investimento, num movimento de introversão da libido (Matos, 2002).

O autor faz três distinções importantes, entre os conceitos de depressão, depressividade e depressibilidade. Depressão (“patológica”), quando a temática predominantemente narcísica dos laços objectais implica uma intolerância e susceptibilidade ligadas à perda do amor e protecção do objecto. O conceito de depressividade remete para um permanente conflito com os introjectos com uma situação de esmagamento do *Self* e esgotamento do Eu, ou seja, um sentimento de inferioridade, comportamento de incapacidade e esforço defensivo de não se deixar deprimido. Depressibilidade é, por fim, a “qualidade de se poder deprimir” ou de fazer um trabalho de luto o que é considerado um sinal de boa saúde mental (Matos, 2001).

O autor afirma que, em relação à depressão, o efeito etiopatogénico mais relevante é a frustração e o masoquismo precoces e a deficiência narcísica que vão facilitar a decepção edipiana e a não elaboração do ódio reactivo a essa experiência, ficando assim a personalidade do sujeito sem vigor nem esperança, empobrecida, desistente, castrada. Assim, ainda fixado à imago materno, o depressivo não evolui para a ambivalência do objecto primário que pode ser por um lado portador de afecto ou ao contrário, agravando assim a culpabilidade ao mesmo tempo que magnifica a inferioridade. Segundo Antero de Quental o depressivo é um idealista, e segundo Kafka um culpado (Matos, 2001).

Por fim, o autor afirma que é importante diferenciar a depressão da personalidade depressiva. Deste modo, a personalidade depressiva caracteriza-se pela organização deficiente do investimento narcísico e baixa auto-estima. É normalmente uma situação permanente de depressão narcísica ou de inferioridade. Existe também um sentimento permanente de frustração, de não realização dos seus objectivos; há portanto uma situação de frustração, de falta do desejado em vez de uma situação de perda. É característico também uma enorme voracidade e insatisfação (Matos, 2001).

Na depressão em si, existe uma perda objectal, e conseqüentemente uma perda narcísica, que é acompanhada de sentimentos de culpa, sendo portanto sempre uma depressão de culpabilidade. O conflito básico é entre o desejo de perda do objecto arcaico e a dificuldade de aceitar essa perda, e encontram-se três aspectos essenciais da sua estrutura: a dependência oral-anaclítica, a insuficiência da compleição narcísica e a severidade do Supereu. O estilo relacional é de marcada dependência de um objecto protector que satisfaz e apoia. Predominam assim as relações de tipo simbiótico, de

dependência, vinculação infantil, aderência ao objecto e necessidade de um Eu auxiliar. Com uma enorme ânsia de progressão evolutiva são bloqueados pela inibição, consequência do medo, não só do abandono mas também da perda presencial do objecto. Todas estas características são completadas com sentimentos de degradação do valor próprio e da culpa, ou seja, autoconceitos denegridos (Matos, 2001).

Outro autor contemporâneo que marcou esta problemática foi Grinberg, que afirmou que a depressão é um conjunto de afectos dolorosos e pensamentos concomitantes que constituem a resposta do indivíduo à experiência de uma perda ou falha. A depressão está relacionada com o luto e é parte do processo psicopatológico despolutado pela perda de um objecto amado (Grinberg, 1978).

O autor afirma ainda que as personalidades depressivas mostram uma marcada intolerância à frustração, separação, perda e experiências de mudança em geral. Existe uma falta de crescimento mental e de mudanças equivalente a uma estagnação psíquica e esterelidade emocional, ou seja, uma morte psíquica (Grinberg, 1978).

Caracterização dos Critérios de Diagnóstico da Depressão

Após uma recolha detalhada da teoria numa linha psicodinâmica relativa à depressão, achámos pertinente mencionar também os critérios de diagnóstico indicados pelo *DSM-IV*, tendo em conta que nos dão conta de uma perspectiva diferente e foram utilizados também como base teórica para a construção do “Inventário de Depressão de Beck” (instrumento utilizado no presente estudo).

Deste modo, dentro das Perturbações do Humor encontramos os critérios de diagnóstico para a Perturbação Depressiva, onde têm que estar presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas durante um período de pelo menos duas semanas e com uma representação de uma alteração do funcionamento prévio:

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias indicado pelo relato subjectivo ou observação de outros;
- Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda de peso, quando não a fazer dieta, ou aumento de peso significativo, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias;

- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
- Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias;
- Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio.

É referido ainda que os sintomas não preenchem critérios para Episódio Misto; causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante; não são provocados pelo efeito fisiológico directo de uma substância ou um estado físico geral; e por fim que não são mais bem explicados por uma situação de luto. (Frances & Ross, 2004)

Perspectivas Actuais do Sono e do Sonho na Depressão

O sono tem uma forte correlação com a depressão e é possível afirmar actualmente que, problemas no sono aparecem como preditores de uma futura depressão, e são incluídos nos critérios de diagnóstico nesta patologia (Krystal *et al.*, 2007). Assim, foi comprovado que pacientes que sofrem de recorrentes sintomas depressivos vão aumentando as perturbações do sono, nomeadamente a insónia, que pode ser esta também um predictor de consequentes episódios depressivos, bem como de uma pobre qualidade de sono (Argyropoulos & Wilson, 2005). Deste modo, a insónia relacionada com a depressão aumenta o número de problemas psicológicos adicionais, dificuldades psicossociais e a necessidade de tratamentos médicos, (Cukrowicz *et al.*, 2006) bem como foi fortemente correlacionada num estudo, com ambos ansiedade social e sintomas depressivos (Buckner, 2008).

Comparativamente com outros, os pacientes depressivos tipicamente entram no sono REM muito mais rapidamente, experienciam actividades no sono REM muito mais intensas e experienciam do pouco ao nada o sono profundo. O sono REM intenso está também correlacionado com cognições negativas e estados afectivos depressivos, e foi comprovado também que os pacientes depressivos que sofrem de uma maior prevalência de sonhos desagradáveis no princípio da noite (em detrimento dos ao fim da

noite) têm mais probabilidade de recorrência dos sintomas no espaço de um ano (Cukrowicz et al., 2006).

Também relacionado com as questões da depressão, foi indicado em estudos que as dificuldades no sono, como por exemplo uma pobre qualidade de sono, pânico no sono ou elevada actividade REM, são significantes preditores de propensão ao suicídio. Outro estudo comprovou que pacientes depressivos, especialmente mulheres, com pesadelos frequentes mostram níveis de suicídio e são mais facilmente classificados como suicidas do que os com menos frequência de pesadelos (Cukrowicz et al., 2006).

Dificuldades no sono, como dificuldade em adormecer, acordar muito cedo, uma pobre qualidade do sono e pesadelos estão associados com afectos negativos ou má disposição e ideacção suicida, ou desejo. Outra contribuição estabelece também uma associação entre a depressão e as insónias e também entre distúrbios de sono e pesadelos em pacientes com depressão. O conteúdo de sonhos perturbantes e pesadelos pode elevar os níveis de stress e cognições durante estados de vigília e mais tarde a existência de sintomas depressivos. Foi também indicado neste estudo que sonhos perturbantes e pesadelos resultam em grande stress para estes pacientes (Cukrowicz et al., 2006).

Como Freud afirmou, os sonhos funcionam como uma via régia para o principal problema do paciente, o que na vida diurna pode não ser sentido de uma maneira plena. Actualmente, desenvolveu-se um estudo em que se concluiu que os sonhos consistem de elementos da nossa vida diurna relacionados com um problema com que os pacientes estão envolvidos ou num estado de espírito particular (Jaenicke, 2008).

Num estudo em que foram analisados sonhos num paciente depressivo, concluiu-se que os problemas encontrados nos sonhos estão ligados e especificamente relacionados com um problema existencial que implicitamente perturba o paciente nas dificuldades concretas da sua vida diurna. Assim, os sonhos são vistos nesta perspectiva como sentimentos e emoções cristalizados relacionados com assuntos com os quais os pacientes estão preocupados (Jaenicke, 2008).

Noutro estudo de Blagrove *et al.* (2004) foi concluído também que a ansiedade, depressão, neuroticismo e stress estão relacionados com a angústia dos pesadelos. Neste mesmo estudo, é indicado que na literatura foi sugerido que os pesadelos poderiam ser indicativos de uma psicopatologia subjacente ou falta de bem-estar emocional, havendo no entanto opiniões divergentes neste tema. Este estudo concluiu ainda que um baixo

bem-estar está associado com uma maior frequência de sonhos desagradáveis e uma reacção negativa a pesadelos.

Vários estudos vão na mesma linha que o anteriormente mencionado concluindo que os pesadelos apresentam uma associação com o estado de ansiedade (Köthe e Pietrowsky, 2001), perturbações do humor e de ansiedade (Ohayon *et al.*, 1997), incidência de suicídio, sintomas depressivos e de stress diário (Tanskanen *et al.*, 2001), factores estes que têm sido mencionados na literatura (Blagrove *et al.*, 2004).

Os vários estudos que remetem para esta temática diferem entre eles nas suas definições de pesadelos. Por exemplo, Belicki (1992) define-os como sonhos muito perturbantes envolvendo qualquer emoção desagradável e que são normalmente vividamente recordados; Cernovsky (1984) define-os apenas como sonhos assustadores; outros investigadores como altamente perturbantes onde a emoção negativa acorda o sonhador, onde a partir desta definição Zadra e Donderi (2000) encontraram correlações entre pesadelos e psicopatologia ou bem-estar. (Blagrove *et al.*, 2004)

Num estudo de Blagrove e Price (2000) foi encontrada uma correlação significativamente baixa entre a profundidade emocional dos sonhos e o estado diurno de felicidade ou em contraste, depressão. (Blagrove *et al.*, 2004)

Passividade, falta de iniciativa, desistência de desafios que vão ocorrendo na vida são alguns dos principais sintomas da depressão, e correspondem a uma global abstenção de procura de actividade. Ao mesmo tempo, quando o paciente se torna desistente, a sua auto-estima desce e o negativismo ligado às crenças das experiências actuais e futuras torna-se dominante. Nestes estados, existe uma dificuldade em aproveitar a vida em todos os seus aspectos e as motivações apagam-se; ansiedade e tristeza são os componentes naturais que também se encontram nestes quadros (Rotenberg, 2003).

Um paciente num estado depressivo necessita da restauração da procura de actividade em sonhos funcionalmente eficientes. No entanto, a depressão é caracterizada pela alternância de conteúdos dos sonhos e a fisiologia do sono REM, o que sugere a insuficiência funcional do sono REM. É também característico da depressão um baixo nível de actividade onírica, diminuída recordação de sonhos e descrições de sonhos curtos. Existe assim uma posição passiva do sonhador na depressão num domínio do tipo de sonho masoquista. Greenberg (1977) propôs que os sonhos dos pacientes deprimidos, em contraste com os dos temas saudáveis, são maladaptados, o que vem em concordância com algumas investigações recentes (Rotenberg, 2003).

Na depressão, a densidade de movimentos oculares tem normalmente uma dinâmica oposta, um decréscimo do primeiro para os subseqüentes períodos REM. Esta dinâmica corresponde à alteração do humor normalmente pior durante a manhã do que à noite. É assim possível sugerir que na actividade psíquica típica da depressão em sono REM, não é percebida como uma mentalização do sonho mas sim considerada subjectivamente como estado de vigília, sendo este mais um sinal de uma funcionalidade deficitária da mentalização do sonho na depressão (Rotenberg, 2003; Jindal, R., 2009).

Neste estudo de Rotenberg (2003) concluiu-se que o efeito antidepressivo da privação do sono está baseada em dois componentes: privação do funcionalmente insuficiente sono REM e um comportamento activo durante o estado de vigília e uma confrontação com sucesso quando há um desafio.

Em diversos estudos de foi discutida a existência de uma prevalência duplamente superior em mulheres do que em homens em relação à depressão. (Panayiotou e Papageorgiou, 2007; Wright, S *et al.*, 2008) Para os autores, esta ocorrência pode ser explicada por diferenças na socialização que resultam em diferentes emoções, cognições e reacções de *coping*. Deste modo, as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da depressão. A baixa auto-estima e as cognições negativas relativas ao Self podem ser factores preditivos de um humor com vaência negativa. No caso das mulheres, o humor depressivo foi associado com características individuais, como estilos de coping evitantes, ansiedade social e pensamentos negativos (Panayiotou e Papageorgiou, 2007; Soares, C., 2005).

A privação total ou parcial do sono produz uma melhoria imediata no humor de entre 50% e 60% dos pacientes com depressão (Bernier *et al.*, 2009; Clark & Golshan 2008). Aproximadamente metade (46%) das mulheres sofrem de insónia nocturna (Phillips, 2008), e a maioria das mesmas, principalmente as que têm filhos sofrem de perturbações do sono, existindo comprovação que as mulheres que dormem menos de 6 horas ou mais de 9 têm um elevado risco de contrair obesidade, doenças metabólicas, ataques cardíacos, doenças cardiovasculares e morte. O sono representa o processo diário de restauração fisiológica e consolidação cognitiva, e quando não decorre de maneira adequada (a mais ou a menos) afecta a parte endócrina, imunológica e metabólica (Godfrey, 2009), deste modo, uma adequada qualidade e quantidade de um profundo e restaurador período de sono é essencial para a saúde e bem-estar (Wade, 2006).

As perturbações do sono são um dos sintomas primários da depressão depois de tratamento eficiente, portanto é esperado que o tratamento leve a melhorias no sono, e vice-versa (Buysse, 2008; Jindal, 2009; Mayers & Baldwin, 2006). De uma forma geral, uma boa qualidade do sono promove a resolução de sintomas de dor (Godfrey, 2009).

A grande maioria dos pacientes com depressão apresentam insónia, e uma pequena minoria (16 – 20%) apresentam hipersónia, e uma população ainda mais pequena flutua entre hipersonolência e insónia durante o episódio depressivo. Os sintomas depressivos têm uma forte associação com as perturbações subjectivas do sono, e podem estas últimas ser preditivas de depressão, bem como contribuir para uma maior probabilidade de recaídas, recorrências e suicídio. Estes distúrbios mantêm-se prognosticamente importantes em todas as fases da depressão e a insónia é um factor permanente da depressão ao longo da vida (Jindal, R., 2009) e pode incluir uma qualidade de vida reduzida, envelhecimento e um aumento no absentismo (Phillips, 2008).

O sono, em pacientes depressivos, é influenciado por um número vasto de factores tais como idade, género, o subtipo e severidade do episódio depressivo e o uso de medicação. Dentro da depressão, a perturbação mais comum é o acordar cedo e a menos comum a dificuldade em adormecer (Jindal, R., 2009).

Outro estudo dentro desta temática refere uma forte associação entre a ocorrência de depressão em sujeitos do sexo feminino e um aumento na prevalência de dificuldades em se manterem acordadas (Soares, C., 2005).

A qualidade do sono está normalmente associada à qualidade de vida, e o sono REM associado aos sonhos, assim, os sonhos podem reflectir estilos de pensamento e humor decorrentes. Nos pacientes com depressão, foi descoberto que estes passam mais tempo no sono REM, do que outro tipo de pacientes (Mayers & Baldwin, 2006). Como consequência a estas alterações nos períodos de sono REM, podemos também encontrar défices na atenção selectiva, memória de trabalho, memória a longo prazo e aprendizagem (Hornung et al., 2008). A depressão está associada geralmente com cognições negativas o que faz com que se espere que esteja associada também a sonhos negativos. A negatividade no sono ou sonho pode estar associada com cognições pobres e a continuidade de pensamentos negativos no sono bem como as cognições diárias podem resultar numa exacerbação da patologia (Mayers & Baldwin, 2006).

Existem poucos estudos que associam a depressão à ocorrência de pesadelos, terrores nocturnos ou sonambulismo, no entanto foi encontrado um estudo que revelou

que 18,3% dos pacientes com insónias revelam pesadelos, e uma forte associação entre pesadelos e a depressão em mulheres, mas não em homens. Todavia, foi afirmado que é o stress associado aos relatos dos pesadelos que estão relacionados com a depressão e não os pesadelos em si (Mayers & Baldwin, 2006).

Alguns estudos sugerem que o sono pode ter uma componente genética (Heath *et al.*, 1990), e que as condições psiquiátricas, incluindo a depressão, podem ser geneticamente transmitidas (Kendler *et al.*, 1993). Deste modo, parece razoável esperar que o factor de risco para a depressão por perturbações no sono pode ser também genético. Foi encontrada também uma satisfação de sono pobre nos pacientes depressivos, com evidências consecutivas e constantes de diversos factores, a saber: um tempo de sono total reduzido, fortes problemas em iniciar o sono, em manterem-se no mesmo, variações acentuadas no sono REM, uma baixa latência no sono REM, uma produção de sono REM mais intensa e frequente, e um sono menos profundo do que sujeitos saudáveis (Mayers & Baldwin, 2006).

Os sintomas depressivos podem também ser vistos como uma falha no processo de mentalização de afectos específicos e como uma desregulação de afectos negativos. Alguns propriedades da regulação afectiva, como por exemplo a capacidade de elaborar afectos negativos, a intensidade de alguns afectos (tristeza, medo, culpa) e a frequência de afectos positivos e negativos. Num estudo feito com pacientes depressivos foram expressos com maior prevalência os seguintes aspectos: revolta direccionada contra os outros, medo, desejo, amor pelo outro, tristeza, indiferença e culpa (Beretta, 2006).

As emoções são uma componente central na vivência de cada sujeito, tanto intra como interpessoalmente, podendo ter um forte impacto no psiquismo individual, tanto positiva como negativamente. A regulação das emoções pode ter diversas consequências, entre elas um diminuído risco de depressão e um desenvolvimento psicológico melhorado (Nezlek, 2008). Outro estudo estabeleceu uma conexão entre o arrependimento – ligado fortemente às emoções negativas conectadas com as cognições das experiências vividas – e a ansiedade e depressão (Roese *et al.*, 2009).

Problemática e questões em estudo:

No processo depressivo, se assim o podemos chamar, diversas alterações apoderam-se do psiquismo de cada indivíduo, roubando-lhe as forças, o entusiasmo, a alegria, a vitalidade, o positivismo, e no fim da linha, o sono e os sonhos.

Existem como muitos autores apontam, diversas dificuldades no período do sono, seja por falta dele, ou por uma abundância do mesmo, onde o indivíduo está como se estivesse “adormecido” da sua própria vida, sem sonhos, ou por outro lado, com demasiados pesadelos.

O presente estudo pretende assim explorar os mecanismos que envolvem o período do sono, em especial a sua qualidade, se realmente estão afectados ou não, e se existe nestes sujeitos um comprometimento numa actividade básica e essencial ao ser humano, que é a de dormir. A vida onírica, nomeadamente os sonhos e a sua qualidade são outro foco de atenção deste estudo, onde se pretende explorar estes aspectos bem como a prevalência de emoções negativas em detrimento das positivas nos sonhos.

Estabeleceram-se assim as seguintes questões para estudo:

Questão 1: Existirá uma correlação entre os scores do BDI e os scores da Qualidade de Sono e a Qualidade de Sonho?

Questão 2: Será que na secção 1.1 as emoções mais predominantes são a tristeza, desamparo, angústia, culpa, medo, choro?

Questão 3: Será que há diferenças significativas na qualidade de sono e sonho entre os três graus de depressão (depressão ligeira, moderada, grave)?

Questão 4: Será que quanto maior a pontuação no Inventário de Depressão de Beck menor a pontuação na qualidade de sono e sonho, e vice-versa?

Metodologia

Delineamento

Tendo em conta o objectivo do estudo, que pretende avaliar alguns aspectos do sono e do sonho na depressão, a escolha da amostra incidu em mães com sintomas depressivos com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos.

A escolha da amostra baseou-se no facto desta população apresentar características específicas do seu funcionamento que suscitaram alguma curiosidade sobre a sua vida onírica e de sono, devido às suas especificidades observadas nas consultas dos seus filhos de Pedopsiquiatria.

O presente trabalho adopta uma metodologia transversal, tratando-se de um estudo não experimental pelo facto de não existir alteração ao longo da recolha de dados, e de carácter exploratório. A amostragem é aleatória e a recolha de dados será estudada através da análise de dados.

Amostra

A recolha de dados foi efectuada na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, a mães que apresentavam sintomas depressivos. Participaram neste estudo 31 mães, com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos. Foram utilizados como factores de exclusão para esta amostra situações de depressão pós-parto, luto, e as mulheres cuja classificação no Inventário de Depressão de Beck sugere uma Depressão Mínima, tendo em conta que os valores se encontram de 0 a 13 valores o que faria com que qualquer participante apresentasse um grau de Depressão. Esta é uma amostra por conveniência não sendo representativa da população.

Procedimento

Inicialmente foi pedida a autorização ao Hospital Garcia de Orta para a realização deste estudo nas suas instalações através de uma carta de consentimento informado apresentada onde foi anexado um pequeno resumo do estudo a ser realizado. Tendo sido autorizada, deu-se início à recolha da amostra. Dentro da população deste hospital, foram contactadas, de forma aleatória, 31 mulheres que recorreram às

consultas de Pedopsiquiatria com os seus filhos no citado hospital sendo-lhes pedida uma autorização por escrito (ver Anexo 1) e sendo garantida a total confidencialidade e anonimato dos dados, salvaguardando assim algumas questões éticas. Após a aceitação das condições, agradeceu-se às participantes a sua participação, explicitando-lhes resumidamente os objectivos do estudo e clarificando que os dados recolhidos e tratados não serão devolvidos ao sujeito sob nenhuma forma.

Seguidamente as participantes responderam ao “Inventário de Depressão de Beck” (ver Anexo 2). No final, o investigador cotou o questionário e quando este apresentava resultados que apontavam para uma Depressão Ligeira, Moderada ou Grave, era pedido às participantes para passarem para uma segunda fase, onde respondiam a mais um questionário, neste caso, o “Questionário da vida nocturna: o Sono e o Sonho”.

Os questionários foram ambos auto-administrados, garantindo assim o anonimato e privacidade dos sujeitos. No entanto, o investigador estava sempre presente durante o preenchimento dos mesmos para responder a possíveis dúvidas ou para prestar esclarecimentos. Por fim agradeceu-se aos participantes a participação no estudo.

Finalmente foi feita a cotação do “Questionário da vida nocturna: o Sono e o Sonho” de uma forma quantitativa, através da análise estatística que foi feita com a ajuda do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 17.0 e segundo Maroco (2007).

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados dois instrumentos, tendo em conta que se trata de um estudo não-experimental, onde se concebem escalas ou questionários para medir as variáveis. Deste modo, foram utilizados dois instrumentos: o “Inventário de Depressão de Beck” (BDI), (Beck & Steer, 1987), e o “Questionário da vida nocturna: O sono e o sonho”, (Pedro, Silvestre, Candeias, 2008), ainda em validação.

O Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck, é um inventário de auto-avaliação com 21 itens que tem como objectivo a medição da severidade da depressão em adultos ou adolescentes com idades superiores aos 13 anos. Cada sintoma é avaliado numa escala de 0 a 3, e o resultado total pode oscilar entre 0 a 63 valores, onde os resultados mais elevados reflectem maiores níveis de sintomas depressivos. Embora este inventário não seja indicativo de um completo diagnóstico clínico de depressão, tem encontrado resultados adequados e fiáveis e tem sido validado como um instrumento para a sintomatologia depressiva. (Beck & Steer, 1987)

Os 21 itens avaliados são: tristeza, pessimismo, fracasso no passado, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, desprezo por si próprio, autocrítica, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, desvalorização pessoal, perda de energia, alterações nos hábitos de sono, instabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse sexual. (Beck & Steer, 1987)

Esta versão do inventário, foi desenvolvida mediante os sintomas correspondentes para as perturbações depressivas listadas na American Psychiatric Association's *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV, 1994)*.

Questionário da vida nocturna: o sonho e o sonho

O “Questionário da vida nocturna: o sonho e o sonho”, é um questionário que tem como objectivo avaliar a qualidade do sono e do sonho em populações adultas, numa perspectiva multidimensional com um modelo de base psicanalítico.

Este questionário integra seis dimensões, a saber:

- A primeira dimensão referente à avaliação dos hábitos de sono com questões referentes aos processos de acordar e adormecer e dos períodos de transição do sono-vigília e vigília-sono;
- A segunda dimensão relacionada com a forma dos sonhos, nomeadamente a bizarria, o movimento, a memória, as sensações e as emoções nos sonhos representados;

- A terceira dimensão que se prende com a representação que cada participante tem acerca dos seus sonhos, incluindo os conteúdos explícitos e implícitos;
- A quarta dimensão remete para uma componente relacional das vivências íntimas dos participantes, numa perspectiva emocional ou afectiva;
- A quinta dimensão está ligada com a intencionalidade dos sonhos, e posteriormente são formuladas perguntas abertas onde é pedida uma descrição de um sonho marcante e o seu desenho;
- E por último uma sexta dimensão relacionada com os hábitos de vida e as vivências do adoecer ao longo das várias etapas da vida, onde são incluídos dois quadros que fazem a relação entre doenças somáticas e /ou psicológicas com o contexto de vida.

Antes das questões relativas ao sono e sonho em si, são averiguadas variáveis sócio-demográficas, a saber: idade, sexo, estado civil, grau académico e região geográfica.

Relativamente à forma de resposta, este questionário trata-se de um *rating scale* de tipo-*Likert* de cinco pontos que varia entre “nunca” (1) e “sempre” (5). O instrumento utilizado tem um total de 129 itens que foram organizados de acordo com as seis dimensões definidas. No que concerne à cotação dos itens, esta foi feita atribuindo um ponto ao registo mais à esquerda, dois ao seguinte, três ao seguinte, quatro ao seguinte e cinco ao registo mais à direita. No entanto, existem alguns itens invertidos em que a cotação é inversa, sendo estes: 1.1, 1.2, 1.4a, 1.4c, 1.4f, 1.5, 1.6, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 1.14b, 1.14c, 1.14d, 1.14f, 1.14g, 5b, 5c, 5f, 5l, 5p, 5q, qs, 5r, 5v, 6c, 6i, 6n, 6o, 6p, 6q, 6r, 6.1b, 6.1d, 6.1e, 6.1g, 6.1h, 6.1i, 6.1j, 6.1k, 6.1l, 6.1n, 6.10, 6.2b, 6.2d, 6.2f, 7e, 7f, 7h, 7i, 7k, 7m, 7n, 7o. (Silvestre, 2008)

No fim da contabilização dos valores do questionário, a nota mais baixa indica menor qualidade do sono e do sonho; uma nota intermédia, média qualidade; e a mais elevada, muito boa qualidade. A cotação deve englobar o somatório de duas notas, uma nota resultante do somatório dos itens que serão representantes da qualidade do sono e outra nota do somatório dos itens para a qualidade do sonho. Relativamente ao sono os valores são: Muito Boa Qualidade 98 a 150; Média Qualidade 83 a 97; e Baixa Qualidade 30 a 82. No que concerne ao sonho, temos: Muito Boa Qualidade 252 a 410; Média Qualidade 130 a 251; e Baixa Qualidade 82 a 129. (Silvestre, 2008)

Resultados e análise de resultados

Variáveis Sócio-Demográficas

Através da Análise Descritiva da população e dos resultados, foram encontradas algumas características da população em estudo (ver Anexo 3).

Em relação à idade dos participantes, sendo esta uma escala quantitativa a medida de tendência central mais adequada é a média e a de dispersão o desvio padrão, onde é apresentado também o valor mínimo e máximo. Deste modo, obtiveram-se os seguintes resultados:

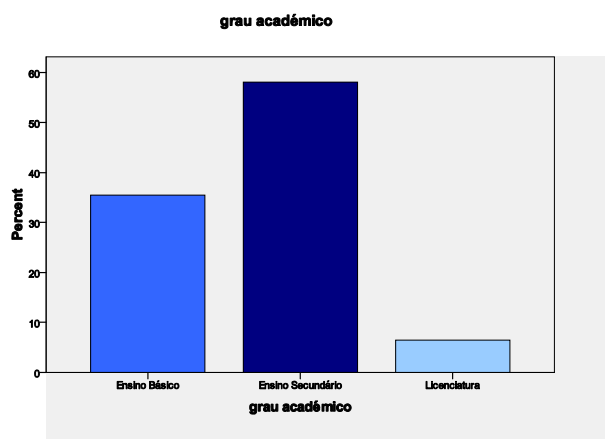
Tab. 1 – Idade das Participantes

<i>Média</i>	39,55
Mediana	39,00
Desvio Padrão	5,966
Mínimo	30
Máximo	54

A média de idades das participantes é então de 39,55 anos, com um valor mínimo de 30 e um valor máximo de 54 e um desvio padrão de 5,966.

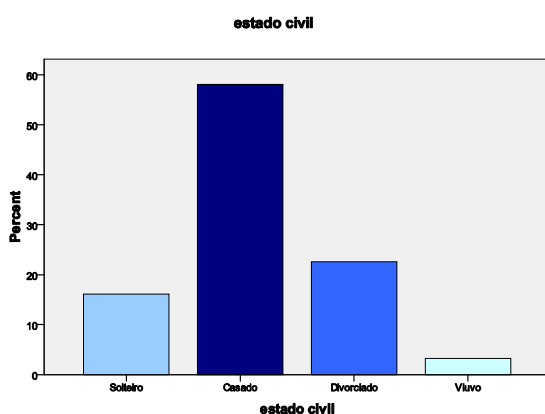
Relativamente ao Grau Académico das participantes e sendo uma escala ordinal a estatística descritiva mais adequada para descrever esta variável é uma tabela de frequências, onde para o Grau Ensino Básico se encontrou uma percentagem de 35,5%, para o Grau Ensino Secundário (com maior prevalência) 58,1% e para o Grau Licenciatura 6,5%. Assim, encontramos os valores representados no seguinte gráfico:

Gráfico 1 – Grau Académico das Participantes



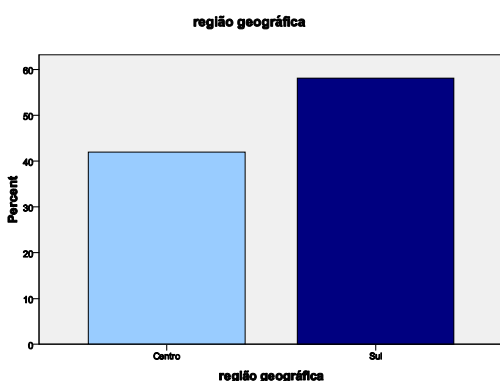
No que concerne ao Estado Civil das participantes, foi também efectuada uma tabela de frequências sendo uma escala nominal, encontrando-se os seguintes valores: estado solteiro 16,1%, estado casado 58,1%, estado divorciado 22,6% e estado viúvo 3,2%, encontrando-se assim a maioria da população no estado casado como podemos verificar no seguinte gráfico:

Gráfico 2 – Estado Civil das Participantes



Em relação à Região Geográfica das participantes observaram-se os seguintes valores: Região Centro com 41,9%, Região Sul 58,1%, esta última com a maior prevalência, como podemos verificar no gráfico:

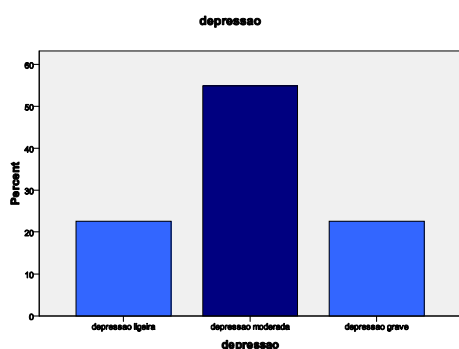
Gráfico 3 – Região Geográfica das Participantes



De acordo com os resultados do “Inventário de Depressão Beck (BDI)”, as participantes distribuíram-se da seguinte maneira relativamente aos tipos de depressão: Depressão Ligeira com 22,6%, Depressão Moderada com 54,8% e Depressão Grave

com 22,6%, sendo assim a maioria das participantes enquadrada na Depressão Moderada como podemos observar no seguinte gráfico:

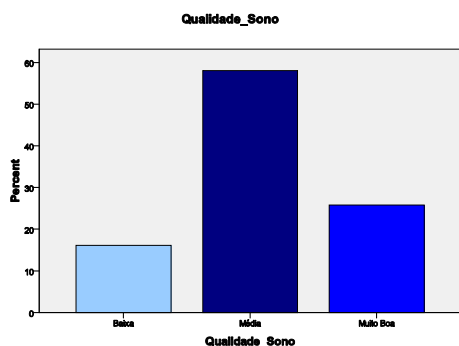
Gráfico 4 – Grau de Depressão das Participantes



Como foi dito previamente, o “Questionário da Vida Nocturna: Sono e Sonho”, avalia a qualidade de sono e de sonho, deste modo, e de uma maneira geral na população avaliada, encontrámos relativamente ao sono, os seguintes resultados, através de uma tabela de frequências sendo esta a mais adequada visto esta ser uma escala ordinal:

Gráfico 5 – Qualidade do Sono das Participantes

Tab. 2 - Qualidade do Sono das Participantes

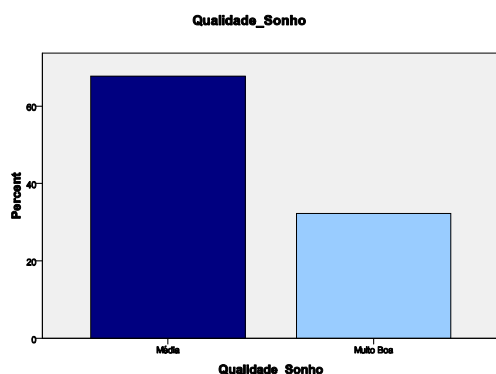


Qualidade de Sono	Frequência	Percentagem
Baixa	5	16,1
Média	18	58,1
Muito Boa	8	25,8

Como podemos observar o tipo de qualidade com valores mais elevados foi a qualidade média de sono (58,1%), seguida da qualidade muito boa de sono (25,8%) e por último, com o valor mais baixo a qualidade baixa de sono (5%).

Relativamente à qualidade do sonho, foi efectuada também uma tabela de frequências devido ao tipo de escala (de novo ordinal), encontrando-se os seguintes resultados:

Gráfico 6 – Qualidade do Sonho das Participantes



Tab. 3 - Qualidade do Sonho das Participantes

Qualidade de Sonho	Frequência	Porcentagem
Média	21	67,7
Muito Boa	10	32,3

Características Métricas das Escalas na Amostra

No presente estudo, achou-se pertinente analisar a consistência interna das escalas utilizadas, tendo em conta as suas propriedades métricas, no que concerne à validade e fidelidade do constructo. Para tal, foi feita uma análise através dos valores Alpha de Cronbach, que quando se apresentam abaixo dos 0,6 já são considerados pouco fiáveis (ver Anexo 6).

“Esta medida possibilita avaliar a fidelidade do instrumento, ou seja, até que ponto um conjunto de itens é homogêneo e permite avaliar o grau em que a medida é consistente, ou encontra-se livre de erro aleatório” (Cronbach, 1996).

Deste modo, realizou-se esta análise para o “Questionário da Vida Nocturna: o Sono e Sonho”, nas suas duas escalas (Sono e Sonho) e nas suas 4 sub-escalas dos sonhos (Forma dos Sonhos, Representação dos Sonhos, Envolvimento Relacional e Intencionalidade dos Sonhos). Assim, para as escalas Sono e Sonho encontraram-se os seguintes resultados:

Tab. 4 – Consistência Interna das Escalas

Escala	Alpha de Cronbach (α)	N
Sono	0,656	30
Sonho	0,709	82

Podemos concluir assim, que a escala sono apresenta um valor aceitável de consistência interna ($\alpha = 0,656$), ou seja, a dimensão é fiável; e a escala sonho apresenta um valor forte de consistência interna ($\alpha = 0,709$), ou seja, a dimensão é muito fiável.

Relativamente às sub-escalas do sonho, foi realizada a mesma análise, que apresentou os seguintes resultados:

Tab. 5 – Consistência Interna das Sub-Escalas Sonho

<i>Sub-Escala</i>	<i>Alpha de Cronbach (α)</i>	<i>N</i>
Forma dos Sonhos	0,699	40
Representação dos Sonhos	0,640	14
Envolvimento Relacional	0,654	17
Intencionalidade dos Sonhos	0,811	11

A partir dos resultados apresentados, pode-se concluir que as sub-escalas Forma dos Sonhos ($\alpha = 0,699$), Representação dos Sonhos ($\alpha = 0,640$) e Envolvimento Relacional ($\alpha = 0,654$) apresentam um valor aceitável de consistência interna, ou seja, em todas a dimensão é fiável; na sub-escala Intencionalidade dos Sonhos o valor apresentou-se um pouco mais elevado do que nas restantes ($\alpha = 0,811$) fazendo com que apresentasse um valor muito forte de consistência interna, ou seja, a sua dimensão é muito fiável.

Análise Estatística dos resultados

Seguidamente, iniciou-se o tratamento estatístico necessário para realizar uma Estatística Bivariada, isto é, que permitisse o estabelecimento de correlações para responder, em primeiro caso, à primeira questão, onde se pretende correlacionar os scores do BDI com os scores da qualidade de sono e sonho. Como queremos relacionar duas variáveis quantitativas, utilizaram-se correlações de *Pearson*, dado que a alternativa para escalas ordinais é a correlação não paramétrica de pouco valor estatístico de *Spearman* (ver Anexos 3, 4 e 5).

Deste modo, os resultados encontrados para os Scores do BDI Versus os Scores do “Questionário da Vida Nocturna: o Sono e Sonho”, foram os seguintes:

Tab. 6 – Correlação de Pearson entre os Scores do BDI e os Scores do Questionário da Vida Nocturna: o Sono e Sonho

		<i>Sono</i>	<i>Sonho</i>
pontuacao bdi	Pearson Correlation	-,480**	-,350
	Sig. (2-tailed)	,006	,048
	N	31	31

Perante os resultados referentes à qualidade de sono, podemos afirmar que a correlação de valor -0,480 entre os scores do BDI e os scores do sono, é altamente significativa ($p = 0,006$), ($\alpha = 0,001$ e $0,05$), o que quer dizer que estamos perante uma correlação negativa de intensidade razoável, o que significa que 48,0% da variação do score de uma é explicada pelo score de outra, ou seja, quanto maior for o score do BDI menor o score de qualidade de sono, e vice-versa.

Em relação aos resultados referentes à qualidade de sonho, podemos afirmar que a correlação de valor -0,350 entre os scores do BDI e os scores do sonho, é significativa, o que quer dizer que estamos perante uma correlação negativa de intensidade razoável, o que significa que 35,0% da variação do score de uma é explicada pelo score da outra, ou seja, quanto maior for o score do BDI menor o score de qualidade de sonho, e vice-versa.

Deste modo, podemos afirmar que a primeira questão de estudo foi confirmada, na medida em que estabeleceu uma correlação significativa entre os scores do BDI e ambos os scores da qualidade de sono e de sonho, mostrando que ao existir uma sintomatologia depressiva, e consoante os resultados da mesma no “Inventário de Depressão de Beck” (BDI), os resultados da qualidade de sono e de sonho serão quanto menores, quanto maiores forem os primeiros, existindo portanto uma correlação de valência negativa entre ambos.

Na segunda questão, pretendeu-se verificar se a prevalência das emoções negativas seria maior que a das emoções positivas. É importante salientar que as emoções consideradas negativas no “Questionário da Vida Nocturna: o Sono e Sonho” foram: tristeza, vergonha, raiva, ciúme, desamparo, humilhação, culpa, medo, chorar. Para averiguarmos esta aspecto foi efectuada uma tabela de frequências para as emoções negativas e positivas.

Seguidamente foi também efectuado um gráfico de frequências com ambas as emoções negativas e positivas para ser mais fácil a visualização das diferenças entre ambas.

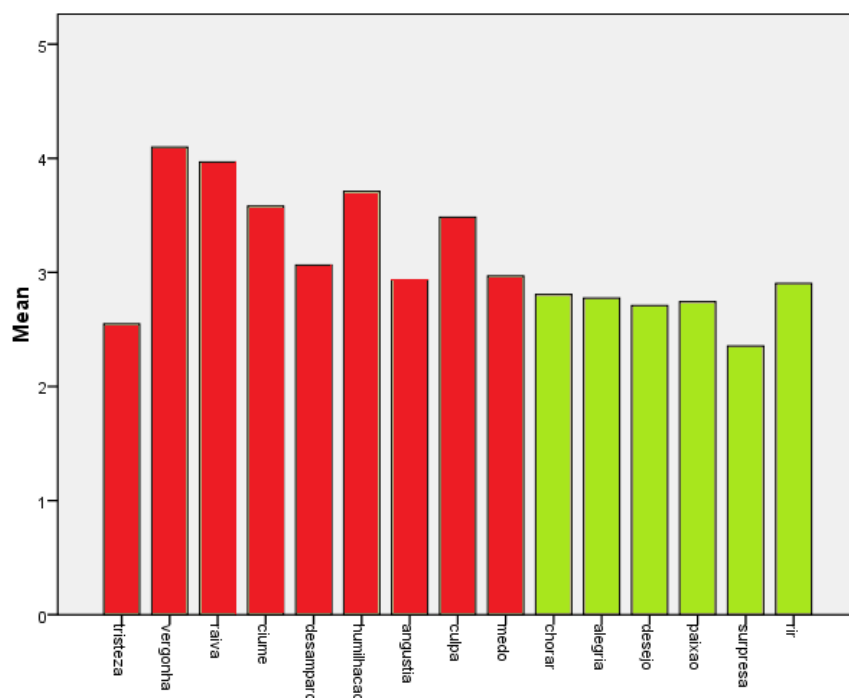
Tab. 7 – Médias das Emoções Negativas

		Statistics									
		tristeza	vergonha	raiva	ciúme	desamparo	humilhação	angústia	culpa	medo	chorar
N	Valid	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	2,55	4,10	3,97	3,58	3,06	3,71	2,94	3,48	2,97	2,81
	Std. Deviation	,850	1,221	,948	1,119	1,063	1,160	,964	1,151	1,016	1,046

Tab. 8 – Médias das Emoções Positivas

		Statistics				
		alegria	desejo	paixão	surpresa	Rir
N	Valid	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	2,77	2,71	2,74	2,35	2,90
	Std. Deviation	,805	,902	,930	,950	1,106

Gráfico 7 – Médias das Emoções Negativas e Positivas



Através da observação das tabelas e do gráfico podemos observar que as médias das emoções negativas são na sua grande maioria (com exceção da tristeza) superiores às das emoções positivas, o que nos leva a afirmar que a nossa segunda hipótese foi confirmada exceptuando a emoção tristeza.

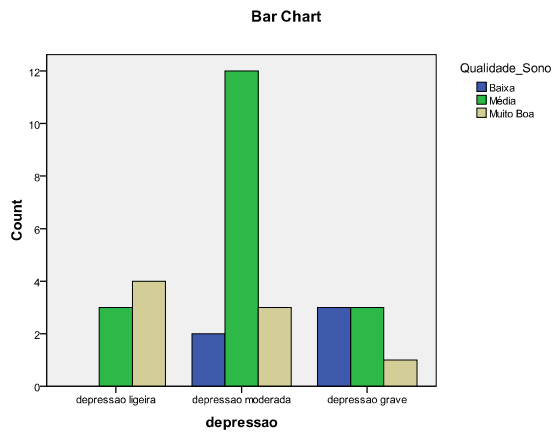
Das emoções negativas é também de salientar que as emoções que tiveram maior percentagem foram a “vergonha” (4,10%), “raiva” (3,97%), “humilhação” (3,71%) e “ciúme” (3,58%). A emoção com menor percentagem foi a “surpresa” (2,35%).

Na terceira questão de estudo, estabelece-se a dúvida se haverá ou não diferenças significativas na qualidade de sono e sonho entre as três categorias de depressão, para tal, iniciou-se uma Estatística Inferencial, onde se analisou as proporções de cada amostra e se estas são estatisticamente saignificativamente diferentes. Relativamente à qualidade de sono, entre os três tipos de depressão, o teste mais adequado para comparar proporções de amostras independentes é o teste não paramétrico, Rácio da Verosimilhança (evolução do qui-quadrado – mais potente), que apresentou os seguintes resultados:

Gráfico 8 – Qualidade Sono VS Grau de Depressão

Tab. 9 - Qualidade Sono VS Grau de Depressão

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-	8,909	4	,063

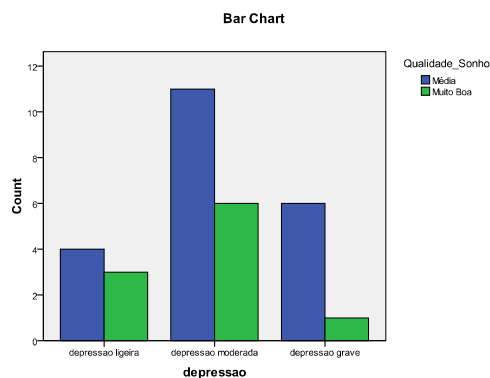


Square			
a			
Likelihood Ratio	8,541	4	,074
Linear-by-Linear	6,070	1	,014
Association			
N of Valid Cases	31		

Observando a tabela, podemos verificar que como o sig não é inferior a 0,05, então não existem diferenças significativas, ou seja, o grau de depressão não afecta a qualidade do sono.

Relativamente à qualidade de sonho, entre os três tipos de depressão, o teste mais adequado para comparar proporções de amostras independentes é o teste não paramétrico, Rácio da Verosimilhança (evolução do qui-quadrado – mais potente), que apresentou os seguintes resultados:

Gráfico 9 – Qualidade Sonho VS Grau Depressão



Tab. 10 - Qualidade Sonho VS Grau Depressão

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,466 ^a	2	,480
Likelihood Ratio	1,609	2	,447
Linear-by-Linear	1,265	1	,261
Association			
N of Valid Cases	31		

Como o sig não é inferior a 0,05, então não existem diferenças significativas, ou seja, o grau de depressão não afecta a qualidade do sonho. Deste modo podemos concluir que a terceira questão de estudo não foi confirmada na medida em que não se encontraram diferenças significativas entre a qualidade de sono e sonho e as três categorias de depressão.

Na quarta questão, proceder-se-à a um procedimento parecido, no entanto em vez de se utilizarem as categorias, serão utilizadas as médias na qualidade de sono e de sonho de cada indivíduo de maneira a que se possa averiguar se quanto maior for a pontuação no BDI menor será a pontuação na qualidade de sono e sonho, e vice-versa.

Inicialmente iremos analisar se existem diferenças significativas nas médias da Qualidade de Sono entre os três tipos de Depressão, para tal elaborou-se uma tabela de frequências para as médias citadas:

Tab. 11 – Qualidade de Sono VS Médias Graus Depressão

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
depressao ligeira	7	98,2857	4,34796	92,00	103,00
depressao moderada	17	92,9412	6,79587	78,00	105,00
depressao grave	7	86,1429	11,02162	73,00	103,00
Total	31	92,6129	8,36930	73,00	105,00

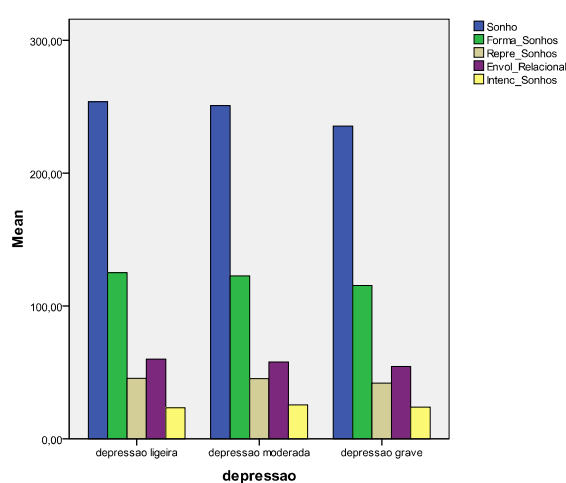
A tabela permite verificar que existem diferenças das médias entre os grupos, mas não se essas diferenças são estatisticamente significativas. Para tal, recorreu-se mais uma vez à Estatística Inferencial onde o teste mais adequado para proceder a esta comparação é a ANOVA ONE-WAY. O teste de ANOVA ONE-WAY, aplica-se quando se pretende testar duas ou mais amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003).

No entanto, este teste tem 2 pressupostos que precisam ser verificados antes de o podermos utilizar (Normalidade e Homogeneidade de Variâncias). Como as amostras são de dimensão inferior a 0,50 o teste de normalidade mais adequado é o Shapiro-Wilk, os outputs (Anexo) dizem-nos que em principio (falta testar a homogeneidade de variâncias), podemos utilizar testes paramétricos para a comparação das médias dos Scores, porque os sig. (0,355; 0,783; 0,361) são acima dos 0,05 o que significa que seguem normal. Para a Homogeneidade de Variâncias utilizou-se o Teste de Levene (em anexo) com um valor sig. de 0,131, que como se encontra acima dos 0,05 quer dizer que as variâncias são homogêneas. Estando os dois pressupostos aceites, podemos recorrer aos testes paramétricos, onde o teste paramétrico adequado para dois ou mais de duas amostras independentes é o teste da Anova One-Way que apresentou um valor de sig. de 0,019, que sendo inferior a 0,05, então existem diferenças significativas, ou seja, o grau de depressão afecta a qualidade do sono.

Para averiguarmos entre quais graus de Depressão existem diferenças, utilizámos um post-hoc de Tukey (anexo), tendo em conta que a ANOVA apenas nos dá as diferenças mas não entre categorias. Pelo sig. podemos observar que as diferenças significativas são somente entre a qualidade de sono daqueles que têm depressão ligeira vs grave. ($p=0.014$).

Seguidamente, pretendeu-se averiguar se também existiriam diferenças significativas nas médias de qualidade de sonho entre os três graus de depressão, que podemos observar no seguinte gráfico:

Gráfico 10 – Qualidade Sonho (Sub-escalas) VS Graus Depressão



Através do gráfico podemos verificar que existem diferenças, não sabemos ainda se estas são significativas ou não. Para tal, recorreu-se mais uma vez à Estatística Inferencial onde o teste mais adequado para proceder a esta comparação é a ANOVA ONE-WAY. O teste de ANOVA ONE-WAY, aplica-se quando se pretende testar duas ou mais amostras independentes (extraídas da mesma população ou de populações diferentes) (Maroco, 2003). No entanto, este teste tem dois pressupostos que precisam ser verificados antes de o podermos utilizar (Normalidade e Homogeneidade de Variâncias).

Como as amostras são de dimensão inferior a 0,50 o teste de normalidade mais adequado é o Shapiro-Wilk, onde outputs dizem-nos que em principio (falta testar a homogeneidade de variâncias), podemos utilizar testes paramétricos para a comparação das médias dos Scores, porque os sig. ou p-values quando se encontram acima dos 0,05 quer dizer que seguem normal (ver em anexo o output com todos os valores das escalas e sub-escalas em correlação com os três tipos de depressão). Para a Homogeneidade de

Variâncias utilizou-se o Teste de Levene (em anexo) com valores sig que se encontram acima dos 0,05 (0,904; 0,298; 0,221; 0,226; 0,634) o que quer dizer que as variâncias são homogêneas. Estando os dois pressupostos aceites, podemos recorrer aos testes paramétricos, onde o teste paramétrico adequado para dois ou mais de duas amostras independentes é o teste da Anova One-Way, que como os sig não são inferiores a 0,05 (0,203; 0,249; 0,351; 0,530; 0,695) então não existem diferenças significativas, ou seja, o grau de depressão não afecta a qualidade do sonho (incluindo nas 4 dimensões ou sub-escalas).

Assim, podemos concluir que a quarta questão foi parcialmente confirmada, na medida em que, o grau de depressão afecta a qualidade do sono, com diferenças significativas entre a qualidade de sono daqueles que têm depressão ligeira vs grave; não afectando no entanto a qualidade do sonho.

Discussão

O presente estudo teve como objectivo global analisar a relação entre a depressão e o sono e o sonho. Vários são os estudos que nos remetem para este estreito relacionamento, e também a prática clínica dos profissionais de Saúde Mental levou-nos a uma construção de uma problemática e de questões que nos fizeram debroçar sobre este tema.

Deste modo, penso que o primeiro ponto a ser salientado retirado das conclusões deste estudo, é a forte correlação entre a depressão e o Sono e Sonho, mais especificamente, a qualidade destes últimos. A análise dos dados remete-nos para uma correlação entre estas duas variáveis corroborada por diversos estudos que concluíram também uma relação estreita entre a sintomatologia depressiva e as perturbações ou dificuldades na vida nocturna (Blagrove *et al.*, 2004; Godfrey, 2009; Bernier *et al.*, 2009; Jindal, 2009; Soares, 2005; Clark & Goldshan, 2008, Phillips, 2008; Mayers &

Baldwin, 2006; Argyropoulos & Wilson, 2005; Krystal *et al.*, 2007; Wade, 2006; Buckner *et al.*, 2008).

Como é salientado em diversos estudos, as perturbações do sono podem ser preditivas de uma possível depressão (Jindal, 2009; Mayers & Baldwin, 2006), e podem ser também consideradas como um critério para o seu diagnóstico (Argyropoulos & Wilson, 2005), deste modo, é importante encontrar este tipo de correlação nesta população de maneira a que se possa prevenir alguns casos (Krystal *et al.*, 2007), facilitar o diagnóstico (Godfrey, 2009), e até melhorar ou acelerar o processo terapêutico ou tratamento tendo em conta que uma melhoria na perturbação do sono pode provocar uma melhoria no quadro clínico, ou vice-versa (Godfrey, 2009; Bernier *et al.*, 2009; Jindal, 2009; Clark & Golshan, 2008; Rotenberg, 2003; Phillips *et al.*, 2008).

É importante reforçar a ideia que a qualidade do sono é essencial para a saúde e o bem-estar do ser humano (Wade, 2006), deste modo, é evidente a influência que o mesmo tem no funcionamento psíquico e físico de cada indivíduo, podendo ter vastas repercussões, tais como: obesidade, doenças metabólicas, ataques cardíacos, doenças cardiovasculares, consecutivas depressões, e num extremo, a morte (Godfrey, 2009).

Outro aspecto importante, é que os conteúdos dos sonhos podem reflectir determinados estados ou preocupações dos indivíduos (Pesant & Zadra, 2006), bem como serem indicativos de uma subjacente psicopatologia ou falta de bem-estar emocional, nomeadamente na ocorrência de pesadelos (Blagrove *et al.*, 2004). Embora as descrições dos sonhos não tenham sido objecto de estudo da presente investigação, e apenas com cariz ilustrativo e a título de curiosidade, podemos acrescentar que as temáticas mais recorrentes foram ligadas a afogamentos, abismos, diálogos com pessoas falecidas, situações de impotência, crianças penduradas em janelas e com o EuroMilhões. Tirando este último, podemos afirmar que se tratam todos de conteúdos fortes, ligados a pensamentos e conteúdos negativos e penosos, carregados de sofrimento e medo, confirmando os estudos citados que remetem para uma ligação entre os conteúdos dos sonhos e a vivência intersubjectiva de cada indivíduo.

A depressão é também caracterizada por nível reduzido de actividade onírica, bem como de memória dos sonhos e relatos pouco extensos dos mesmos. O tipo de sonho nestes pacientes é de cariz masoquista, onde o próprio se coloca numa posição passiva, com conteúdos maladaptados, com uma participação activa do indivíduo nos seus próprios sonhos (Rotenberg, 2003). Mais uma vez a presente investigação foi

corroborada por este estudo, na medida em que os relatos dos sonhos foram na grande maioria reduzidos, com a participação do próprio, e como se pode verificar pelos exemplos dados, com um marcado cariz masoquista, sofredor e maladaptado.

A ligação entre os distúrbios do sono e do sonho e a depressão encontrada neste estudo pode ter duas vertentes, na medida em que estes distúrbios podem ser precursores de uma depressão, ou uma consequência da mesma (Wade, 2006). Dentro desta linha é curioso o facto de vários estudos indicarem que uma parcial ou total privação do sono produzirá melhorias imediatas no humor de cerca de 50% dos pacientes com depressão (Bernier *et al.*, 2009; Clark & Golshan, 2008).

O tempo de latência do sono REM pode ser elucidativo deste aspecto, na medida em que quando este é reduzido pode ser um forte preditor de depressão, presente em quase todos os pacientes depressivos com diagnóstico primário, mas ausente na grande maioria dos secundários (Mayers & Baldwin, 2006). Outro estudo indica que os distúrbios do sono são o sintoma refratário mais comum em pacientes depressivos depois do tratamento ter sido sucedido, sugerindo que estes distúrbios podem ser uma condição de comorbidade independente mais do que um mero sintoma secundário da depressão (Phillips *et al.*, 2008).

\ Tendo em conta que a população escolhida é na sua totalidade feminina, é importante salientar que este aspecto reforça esta correlação por duas vertentes diferentes, interligadas entre si, a saber: a depressão é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, e duplamente mais vulneráveis também a sofrer desta patologia (Panayiotou & Papageorgiou, 2007; Soares, 2005) por outro lado, o facto de os transtornos psiquiátricos serem um forte factor de risco para as perturbações do sono, fazem com que haja também uma maior prevalência deste tipo de perturbações na população feminina (Soares, 2005).

Através destes pressupostos é explicado que a correlação entre o sono e o sonho e a depressão é duplamente superior nas mulheres do que nos homens, aspecto este que não foi abordado neste estudo, pois o objectivo não seria o de comparar populações, mas explorar apenas uma delas. Para esta forte prevalência das perturbações do sono em mulheres deprimidas, vários estudos tentaram chegar a conclusões, embora nenhum tenha sido inteiramente conclusivo.

Dentro dos factores que explicam uma maior prevalência para as perturbações do sono nas mulheres, encontramos: o maior risco de prevalência de situações depressivas e de ansiedade, factores sociais e ambientais, bem como relacionados com o

sistema reprodutor (Soares, 2005). Outros factores apresentados num diferente estudo apontam para diferenças na socialização que têm como consequência diferentes emoções, cognições e reacções de *coping*, baixa auto-estima associada a cognições negativas, características individuais e ansiedade social (Panayiotou & Papageorgiou, 2007). Alterações hormonais durante o percurso de vida bem como a vulnerabilidade de desenvolver outras perturbações do sono, nomeadamente a apneia, são factores indicados noutro estudo (Phillips *et al.*, 2008).

Os seus papéis sociais, especialmente um baixo *status* em algumas sociedades, mais factores potencialmente stressantes (filhos, relações, carreiras, vida familiar, etc.), bem como outras dificuldades objectivas na vida, perdas de relacionamento ou um limitado poder de tomar decisões (Panayiotou & Papageorgiou, 2007), podem também estar dentro dos factores que fazem com que haja uma maior prevalência tanto de depressões como de perturbações do sono no sexo feminino, de ambas em ligação, dependentes uma da outra, ou preditivas ou propulssoras.

Além da sua importância clínica é de salientar que estas alterações na arquitectura do sono constituem algumas das mais robustas descobertas biológicas no quadro depressivo (Argyropoulos & Wilson, 2005).

Como já foi referenciado, este estudo teve como objectivo principal estudar alguns aspectos gerais do sono e do sonho em mães com sintomas depressivos, o facto de serem mães não foi objecto de estudo, mas sim o facto de serem mulheres, além de não haverem ainda estudos efectuados sobre as mães nesta área, achou-se mais pertinente analisar a variável “mulheres” e não “mães”. Posto isto, e tendo em conta as anotações anteriores, a nossa hipótese central de correlação entre as perturbações do sono e sonho e os pacientes depressivos na população feminina foi totalmente confirmada e corroborada pelos estudos acima citados. Além disso, estudos recentes indicam que o tratamento específico para as perturbações do sono (nomeadamente a insónia) não melhora apenas o distúrbio do sono em si, mas também reduz a sintomatologia depressiva (Phillips *et al.*, 2008).

Embora alguns estudos indiquem uma baixa qualidade de sono nos pacientes depressivos (Argyropoulos & Wilson, 2005), o presente estudo não nos indicou tal prevalência estando ao nível da qualidade do sono os valores mais altos na categoria “média” (58,1%), e ao nível da qualidade do sonho também na categoria “média” (67,7%), dentro da amostra global. O facto de não ter aparecido como esperado uma baixa qualidade de sono e de sonho pode-nos levar a pôr em causa a fiabilidade de

ambos os questionários, podendo estes não medir precisamente algumas questões deste tipo, ou por outro lado, este facto pode estar relacionado com a dimensão da amostra ou aspectos defensivos da mesma.

Remetende-nos agora para a terceira questão, relembramos que esta tinha como objectivo evidenciar se existiriam ou não diferenças significativas na qualidade de sono e de sonho entre as três categorias de depressão definidas pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI), a saber: depressão ligeira, depressão moderada ou depressão grave. Segundo os resultados, os diferentes tipos de depressão não afectam nem a Qualidade de sono nem a do sonho, o que indica que não há diferenças significativas entre os scores de ambas entre os três tipos de patologia. Não foi encontrado nenhum estudo que tivesse alguma conclusão de encontro à nossa, e por tal ausência de documentação pareceu-nos pertinente analisar as diferenças que íriam ocorrer consoante o grau de depressão, e embora se tenham observado algumas diferenças, estas não se mostraram significativas.

A quarta questão, relacionada com a terceira, tentou ir um pouco mais fundo nesta questão não analisando as diferenças entre as categorias no geral, mas sim entre as suas médias, nomeadamente no seu valor mais alto, e mais baixo. Deste modo, observou-se uma influência da pontuação no Inventário de Depressão de Beck na Qualidade do Sono, com diferenças significativas entre os participantes com pontuações enquadradas na categoria depressão ligeira e depressão grave.

Através desta ocorrência podemos avançar com a conclusão que quanto maior for a pontuação no Inventário de Depressão de Beck (BDI) menor será a qualidade de sono, ou vice-versa. Deste modo, uma paciente com uma depressão grave terá uma qualidade de sono muito reduzida em relação a uma paciente com depressão ligeira, o que dá um enfâse ainda maior à correlação entre a depressão e as perturbações do sono, fazendo com que se tornem dependentes uma da outra, e que quanto maior for o grau de uma, menor será o grau de outra, aspecto este corroborado pelo estudo de Jindal (2009) que afirma que a sintomatologia depressiva tem uma associação fortemente graduada com as perturbações do sono.

É interessante termos constatado o facto de entre os três graus de depressão não existirem diferenças significativas relativamente à qualidade de sono mas sim nos seus scores, em particular nos seus valores mais elevados e mais diminuídos.

Um estudo recente vai de encontro a esta conclusão retirada do nosso estudo na medida em que indicou que a insuficiência do sono aumenta a sensibilidade à dor de um

indivíduo, o que conseqüentemente fará com que uma boa qualidade de sono promova a resolução de sintomas dolorosos, indicando ainda que este papel dual é análogo à estratégia de controle da depressão e do sono (Godfrey, 2009).

A partir desta conclusão podemos remeter-nos para o nosso estudo, na medida em que a boa qualidade de sono ajuda a resolução de sintomas dolorosos, ou seja, quanto melhor for a qualidade de sono, maior será a resposta à sintomatologia depressiva, e quanto menor a qualidade, menor a resposta. Deste modo, por exemplo um indivíduo com uma depressão ligeira, que terá uma maior qualidade de sono, terá conseqüentemente uma maior resposta à sintomatologia depressiva, daí ter um grau depressivo menor, e inversamente, um indivíduo que tenha uma depressão grave, terá uma menor qualidade de sono, o que resultará numa menor resposta à sintomatologia depressiva, fazendo com que tenha um grau de depressão muito elevado.

Posteriormente, analisámos também se as médias das pontuações e as mais elevadas ou reduzidas teriam influência não só na qualidade de sono mas também na qualidade de sonho. No entanto, apesar de termos encontrado diferenças significativas na qualidade de sono, não foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações do Inventário de Depressão de Beck e a qualidade de sonho, onde podemos afirmar que a pontuação no citado inventário não afecta a qualidade de sonho, apenas a de sono.

Esta conclusão não vai de encontro com a teoria tendo em conta que alguns estudos afirmam que a qualidade de sonho é baixa nos pacientes depressivos, estando relacionada com a estreita ligação existente entre pesadelos, sonhos desagradáveis e o mal-estar psicológico e possíveis psicopatologias (Pesant & Zadra, 2006; Blagrove *et al.*, 2004), aspecto este que não foi observado no presente estudo.

Seria de esperar que a qualidade de sonho estivesse afectada pela pontuação da depressão também como no caso do sonho, no entanto, essa hipótese não foi confirmada, o que nos faz pensar que a qualidade de sono e de sonho podem não estar interligadas dependemente, isto é, não serem influenciadas uma pela outra, pelo menos, no caso da população estudada, em que se observou que mesmo a qualidade de sono estando afectada pelo grau de depressão e existindo diferenças significativas nessa ocorrência, em relação ao sonho encontraram-se diferenças, mas não significativas, e não só esse aspecto foi contra a teoria, mas também o facto de que os dois tipos de qualidade de sonho encontrados foram apenas “média” e “boa”.

Embora os conteúdos dos sonhos nos pudessem levar a crer que existiriam diferenças nesta relação, e se pensasse que a qualidade de sonho seria diferente consoante os diferentes scores, podemos pensar agora que dentro das várias pontuações dos participantes, não existiu diferenças na qualidade de sonho, mostrando uma qualidade plana entre todos, sem grandes oscilações e discrepâncias.

É importante no entanto que a qualidade do sonho esteja preservada nos pacientes depressivos, visto que no sonho, como já foi afirmado, é predominante o funcionamento narcísico, de regulação e reposição da auto-estima (Matos, 2000), que nestes pacientes está bastante diminuída (Panayiotou & Papageorgiou, 2007), o que faz com que este aspecto da qualidade do sonho não estar afectada seja muito positivo pois irá possivelmente melhorar pelo menos um dos pontos tão cruciais no desenvolvimento da patologia depressiva, a auto-estima.

Como já foi dito anteriormente, o sonho pode ser visto como um sintoma (Pontalis, 2005), e no caso da população estudada, é interessante analisar que se formos observar as descrições dos sonhos podemos pensar que tal acontece, e que podem ser ilustrativos de uma patologia depressiva, masoquista, de forte carimbo pesado, melancólico, desesperado e impotente.

No entanto, se nos remetermos para a qualidade do sonho, onde estão incluídas as sub-escalas forma dos sonhos, representação dos sonhos, envolvimento relacional e intencionalidade dos sonhos, permitindo uma abordagem e avaliação completa e aprofundada dos mesmos, não estando esta afectada de maneira significativa, é mais difícil ou claro ver o sonho como sintoma.

A nível de discussão fez-nos mais sentido analisar a primeira, terceira e quarta questões inicialmente e finalizar com a discussão referente à segunda questão que pretendia averiguar se as emoções negativas, a saber: vergonha, raiva, humilhação, ciúme, desamparo, culpa, tristeza, angústia, chorar e medo teriam uma maior prevalência nos sonhos dos pacientes com sintomatologia depressiva.

Tendo em conta os resultados, estas emoções mostraram-se com maiores percentagens em relação às emoções negativas, conclusão esta ue foi corroborada por alguns estudos que indicam uma maior existência de emoções ditas negativas nos sonhos de pacientes com depressão (Beretta *et al.*, 2006; Wright *et al.*, 2009; Mayers & Baldwin, 2006; Nezlek & Kuppens, 2008; Roese *et al.*, 2009).

Como já foi mencionado anteriormente, a sintomatologia depressive está associada a uma falha na mentalização de aspectos específicos, ou de uma desregulação

dos mesmos, especialmente dos marcados com um cariz negativo, tais como a tristeza, o medo e a culpa (Beretta *et al.*, 2006).

Dentro destes três afectos, ou “emoções”, apenas a tristeza não se mostrou com maior prevalência dentro das médias das emoções, embora o medo e a culpa tenham tido percentagens elevadas. Podemos pensar que o medo e a culpa são duas emoções que se enquadram dentro da problemática depressiva, num contexto onde há uma enorme culpabilidade sempre subjacente e um medo do futuro e sobretudo da própria, na maioria dos casos.

Neste mesmo estudo (Beretta *et al.*, 2006) são também referenciadas as emoções desamparo e raiva, que foram duas das emoções que se mostraram com percentagens mais elevadas no presente estudo. O desamparo é uma emoção obviamente ligada à depressão, na medida em que é uma das suas angústias mais marcadas, bem como uma emoção que aparece como pano de fundo para todas as suas outras características. Já a raiva tem uma ligação menos evidente com a sintomatologia depressiva, no entanto, aparenta ser uma emoção negativa num pólo possivelmente mais maníaco. É também de salientar que o sonho pode ter uma função de “escape”, e a raiva pode ver assim a tela do sonho como um palco onde se pode expressar livremente, visto que no tempo vígil a sua aparição será menos esperada.

Num estudo recente, afirmou-se que no caso de mulheres com depressão a emoção que teria mais tendência para ser referenciada seria a raiva (Wright *et al.*, 2009), estudo que vem de certo modo corroborar o nosso, na medida em que a raiva aparece em segundo lugar com maior percentagem. Este estudo refere também uma forte correlação entre o estado depressivo e as emoções medo e tristeza, que embora com resultados mais diminuídos, são também das emoções com maior prevalência.

Outro estudo que vem de encontro ao presente, é um estudo também actual, anteriormente mencionado, que indica uma associação entre as cognições negativas e a depressão. Seguidamente estabelece também uma correlação entre pacientes com sintomatologia depressiva apresentada através do “Inventário de Depressão de Beck” e sonhos negativos, estes últimos ligados às anteriores cognições negativas (Mayers & Baldwin, 2006). Na nossa opinião, esta negatividade relativa aos sonhos e às suas subjacentes cognições está claramente ligada às emoções negativas também, na medida que é a subjectividade emocional que traça o enredo dos sonhos e lhe dá uma tónica negativa ou positiva, onde na população em estudo, é sem dúvida negativa.

É pertinente voltar a referir que as emoções são componentes centrais nas vivências de cada indivíduo, inter e intrapessoalmente (Nezlek & Kuppens, 2008). Tendo em conta que o conteúdo latente dos sonhos nos remete para os desejos ou pensamentos inconscientes que tentam chegar ao consciente (Freud, 1900), este tipo de emoções negativas pode ser ilustrativo de uma negatividade clara inerente ao psiquismo do paciente com sintomatologia depressiva.

Não foram encontrados estudos onde a humilhação, vergonha, angústia e o chorar fossem referenciados, no entanto, é-nos claro a associação que estes possam ter com a patologia depressiva, a humilhação e vergonha como comuns nestes pacientes, com sentimentos de auto-desvalorização e uma baixa auto-estima que os leva a tal, a angústia e o chorar, como critérios diagnósticos e duas características fundamentais da citada patologia, centrais na sua experiência ou vivência, que como se espelham na tela do sonho, na projecção directa ou indirecta que este permite.

Depois de analisadas e discutidas as conclusões gerais deste estudo, achámos fundamental deixar alguns estudos pertinentes de serem realizados a partir deste estudo.

A primeira seria a comparação entre o sexo masculino e feminino, tendo em conta que a teoria afirma fortes discrepâncias tanto nas perturbações do sono como na depressão entre os homens e as mulheres (Panayiotou & Papageorgiou, 2007; Soares, 2005), oferecendo uma maior prevalência a estas últimas. Seria assim pertinente verificar esta discrepância, essencialmente na qualidade do sono e do sonho.

Posteriormente, e como não foi abordado no presente estudo, seria também pertinente estudar aprofundadamente as descrições dos sonhos, de onde se poderão extraír diversas informações e conclusões, estudo este que pretendemos efectuar numa investigação de outro cariz, com a possibilidade de uma investigação com mais tempo, espaço e disponibilidade.

Seria também interessante estudar se a variável idade afecta a qualidade de sono e sonho nesta população, tendo em conta que a idade foi considerada um factor de risco em estudos citados, que pode ou não agravar a condição.

Na nossa opinião com menos interesse, mas também possível de investigar e de tirar algumas conclusões que possam ser pertinentes, sugerimos também que se averigue se a qualidade de sono e sonho nos pacientes depressivos é afectada pelas variáveis região geográfica, estado civil e grau académico.

Outro estudo possível de ser executado e que no nosso ver seria extremamente pertinente de ser realizado seria a comparação da qualidade de sono e sonho entre diferentes patologias, nomeadamente, a depressão, psicose, neurose, patologia borderline, bem como em diferentes perturbações, do comportamento, da personalidade, das relações, etc.

Uma abordagem muito pertinente que pode partir também deste estudo é a abordagem psicossomática dos sonhos, nomeadamente através da teoria de Sami-Ali, correlacionando as características do sono e sonho dos pacientes depressivos com algumas patologias somáticas mencionadas nos questionários, nomeadamente asma, enxaquecas e infecções respiratórias.

Poderá também ser pertinente analisar, se as questões ambientais e geográficas desta população influenciam as incidências por exemplo no Norte, Centro, Sul ou outras áreas, do estado depressivo e da qualidade do sono e sonho.

Apesar dos resultados terem ido de encontro, na sua maioria, às nossas expectativas, estamos cientes de inúmeras limitações que se prenderam a este estudo, que passamos a explorar agora de modo a que numa possível futura replicação deste estudo sejam evitadas.

A reduzida dimensão da amostra, embora estatisticamente significativa, juntamente com o facto de esta ser uma amostra de conveniência foi um factor que nos limitou um pouco o estudo, não podendo a partir dele realizar uma extrapolação para a população em geral.

O facto de não termos relacionado as características sócio-demográficas, nomeadamente a idade, região geográfica, grau académico e estado civil, embora não nos tendo parecido ser pertinente, pode ser uma limitação deste estudo.

A nível prático, o facto de os questionários terem sido preenchidos num ambiente hospitalar, demasiado neutro, possivelmente angustiante e com a inevitabilidade da falta de privacidade em alguns casos daí decorrente pode ter trazido algumas limitações a este estudo.

Embora não tenha sido objectivo do nosso estudo, a não comparação entre o sexo masculino e feminino desta população pode constituir outra limitação, pois poderia ter sido pertinente, mas como já foi referenciado, o nosso objectivo não era o de comparar populações mas sim explorar uma delas.

Em relação ao “Questionário da Vida Nocturna: o Sono e Sonho”, concluímos que, e tendo em conta o baixo nível socio-cultural da população, alguns itens, nomeadamente palavras e expressões empregues, dificultam a execução do mesmo, podendo enviezar os resultados na medida em que os participantes não percebem bem o conteúdo de algumas questões que lhes são postas.

Pensamos também que a extensão do citado questionário leva a um cansaço progressivo dos participantes, onde é nítido o decréscimo da motivação na execução do mesmo o que leva a um decréscimo também no envolvimento dos participantes o que pode levar também a um enviezamento dos resultados.

Apesar das limitações referidas, consideramos este estudo pertinente para clarificar uma temática já bastante desenvolvida internacionalmente, mas sem nenhuma referência encontrada a nível nacional, inscrevendo-se assim a sua pertinência essencialmente no pioneirismo, no desenvolvimento, reflexão e análise da temática abordada e na confirmação ou clarificação de literatura estrangeira existente que nos remete para este tema.

Conclusão

O sono e o sonho são ambos componentes da vivência humana que podem ser reveladores de muitos aspectos conscientes e inconscientes que de outra maneira não poderiam ser analisados ou percebidos.

O sono é um período reestabelecedor de toda a actividade inerente ao ser humano, sendo por isso uma necessidade vital e obrigatória ao mesmo, sem a qual este não se sentirá equilibrado, balanceado, centrado, capaz de efectuar funções vitais e de se sentir na sua plenitude para tudo aquilo que tem que efectuar na sua vivência.

Já o sonho tem várias outras particularidades, tão necessárias como o sono, na medida em que tem a função de realização de desejos inconscientes, que talvez de outra

maneira não possam ser realizados, funcionando como um espaço onde cada indivíduo pode ser quem é, fazer aquilo que mais deseja, vivenciar - embora num plano fora do real – tudo aquilo que precisaria para ter uma vivência plena e totalmente realizada e preenchedora.

Por outro lado, o sonho funciona como escape para uma vivência pouco gratificante, onde o sonhador pode livremente “despejar” todas as suas mágoas, angústias, medos e preocupações, podendo elaborá-los de uma maneira mais completa, que faz com que haja uma melhor compreensão dos mesmos e uma possibilidade de lidar e viver melhor com a sua presença.

O sonho pode também ser convidativo à relação com o outro, na medida em que as memórias do mesmo são muitas vezes relatadas ao outro, seja ao terapeuta, ou a qualquer outra pessoa próxima do sujeito. A partilha das temáticas, recordações, e ligações muitas vezes efectuadas pelo próprio à cerca dos seus próprios sonhos pode ser uma via para uma comunicação relacional, com um maior entendimento de alguns aspectos que de outra forma são mais difíceis de serem partilhados.

Todos estes aspectos são essenciais em todos os indivíduos, no entanto, nos que padecem de uma patologia depressiva, há uma ligação mais forte. Numa problemática carregada de dor, sofrimento, angústia, tristeza, desamparo, perda, espera-se que o paciente consiga através do sono e do sonho melhorar a sua vivência, podendo por um lado reestabelecer o seu estado de total desvitalidade física e psíquica através do sono, e elaborar as suas angústias e “realizar desejos inconscientes” através do sonho.

Estabelece-se assim uma forte relação entre o sono e o sonho e a depressão, na medida em que são preditivos ou consequentes um do outro, podem agravar ou melhorar o seu estado, estando numa constante relação quase que circular, onde se podem encontrar diferentes ligações, correlações, significados e simbolismos.

O mundo das emoções completa esta temática, inscrevendo-se numa dialética ilustrativa da vida intersubjectiva e onírica de cada indivíduo, pautando a temática inerente à individualidade e essência de cada ser humano, podendo ter um cunho negativo ou positivo, no caso dos pacientes depressivos, marcadamente negativo, o que pode aparecer como ilustração de uma vivência marcada por esse tipo de emoções.

Terminamos dizendo que os mundos do sono e do sonho e da depressão são paralelos, trabalhando em conformidade, complementares um do outro, podendo ser explorados de diversas maneiras, o que nos poderá abrir várias janelas para novas descobertas sobre ambos, que possam facilitar um processo terapêutico e uma cura

analítica que visem a remissão deste tipo de perturbações, através de um e de outro, ou mais uma vez, dos dois em conjunto.

“Sonha-se com o que ficou esquecido ou corre o risco de ficar definitivamente perdido; sendo o sonho, por conseguinte, um importante processo de vivificação da memória; e também, um método de retraçar a continuidade da experiência vivida, na medida em que associa e articula memórias antigas e recentes, vivências infantis e restos diurnos.”

(Matos, 2000 p.5)

Referências Bibliográficas

Abraham, K. (1924). “Melancolia e neurose obsessiva: dois estágios da fase sádico-anal da libido”. Em “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais”. Em *Teoria psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Argyropoulos, S. & Wilson, S. (2005). Sleep disturbances in depression and the effects of antidepressants. *International Review of Psychiatry*, 17 (4).

- Beck & Steer (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, Tex: Psychological Corporation.
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: relations to psychopathology and cognitive style. *J. Abnorm. Psychology*, 101.
- Beretta, V. *et al.* (2006). Mentalization of Affects: An Exploratory Study of Psychic Elaboration and In-Session Expression of Affects during a Brief Psychodynamic Intervention for Depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 14 (2).
- Bernier, D. *et al.* (2009). Effects of overnight sleep restriction on brain chemistry and mood in women with unipolar depression and healthy controls. *J Psychiatry Neurosci*, 34 (5).
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: W. Heinemann.
- Blagrove, M. *et al.* (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *European Sleep Research Society, J. Sleep Res*, 13.
- Blagrove, M. & Price, C. (2000). Happiness in dreams: associations with waking happiness, skills and challenges. *Sleep*, 23.
- Buckner, J. *et al.* (2008). Social anxiety and insomnia: the mediating role of depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25.
- Buysse, D (2008). Chronic insomnia. *Am J Psychiatry*, 165.
- Cernovsky, Z. Z. (1984). Life stress measures and reported frequency of sleep disorders. *Percept. Mot. Skills*, 58.
- Clark, C. & Golshan, S. (2008). Antidepressant response to partial sleep deprivation in unipolar depression is not related to state anxiety. *Depression and anxiety*, 25.
- Coelho, R. (2004). *Depressão – Perspectiva Psicodinâmica*. Lidel, Edições Técnicas.

- Cronbach, L. (1996). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crukowicz, K. *et al.* (2006). The Impact of Insomnia and Sleep Disturbances on Depression and Suicidality. *Dreaming*, 16 (1).
- Domhoff, W. (2005). Refocusing the Neurocognitive Approach to Dreams: A Critique of the Hobson Versus Solms Debate. *Dreaming*, 15 (1).
- Elyseu Jr, S. (1989). *Mecanismos de Defesa do Ego na Formação do Sonho*. Papyrus Editora.
- Fairbairn, W. R. D. (1936). “O efeito da morte de um rei sobre pacientes submetidos a análise”. Em *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa: Editorial Vega, s/d, p. 111-175.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *DSM-IV – Casos Clínicos. Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freud, A. (1968). *O Ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular.
- Freud, S. (1900). *A interpretação de sonhos*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1917). “Luto e Melancolia”. *Edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago Editora, XIV, p. 247-267.
- Garma, A. (1974). El deslumbramiento al nacer, la pantalla del sueño y la estructura triple de los sueños. *Revista de Psicoanálisis*, 31 (4).

- Godfrey, J. (2009). Toward Optimal Health: Diagnosis and Management of Disordered Sleep in Women. *Journal of Women's Health, 18* (2).
- Greenberg, R. (1977). On understanding sleep disorders and their psychopathology. *McLean Hosp J II, 3*.
- Grinberg, L. (1978). The 'Razor's Edge' in Depression and Mourning. *The International Journal of Psychoanalysis, 59* (2).
- Grinberg, L. (1987). Dreams and Acting out. *Psychoanalytic Quarterly, 56*
- Heath, A. *et al.* (1990). Evidence for genetic influences on sleep disturbance and sleep pattern in twins. *Sleep, 13* (4).
- Hobson, J. A. (1989). *Sleep*. Scientific American Library Series.
- Hobson, J. A. (1996). *O Cérebro Sonhador*. Edições Instituto Piaget.
- Hobson, J. A. (2002). *Dreaming – An Introduction to the Science of Sleep*. Oxford University Press.
- Hornung, O. *et al.* (2008). Sleep-related memory consolidation in depression: an emerging field of research. *Depression and anxiety, 25*.
- Jaenicke, U. (2008). The issue of human existence as represented in dreaming: A new Daseinsanalytic interpretation of the meaning of dreams. *International Forum of Psychoanalysis, 17*.
- Jindal, R. (2009). Insomnia in Patients with Depression – Some Pathophysiological and Treatment Considerations. *CNS Drugs, 23* (4).
- Jung, C. (1977). *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Kendler, K. *et al.*, (1993). The lifetime history of major depression in women. *Archives Genetic Psychiatry, 50* (11).

- Klein, M. (1940). "Contribution to the Psycho-genesis of Manic-Depressive States". Em *Contribution to Psychoanalysis*.
- Köthe, M. & Pietrowky, R. (2001). Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. *Dreaming, 11*.
- Krystal, A. *et al.* (2007). Bupropion HCL and Sleep in Patients with Depression. *Current Psychiatry Reviews, 3*.
- Maroco, J. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas* (1ª Edição) Lisboa: Climepsi.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª Edição Revista). Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, A. C. (2000). Sonho e Criatividade. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 19*.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2002). *O desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mayers, A. & Baldwin, D. (2006). The relationship between sleep disturbance and depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10* (1).
- Meltzer, D. (1984). *Dream-Life*. London: Clunie Press.
- Nezlek, J. & Kuppens, P. (2008). Regulating Positive and Negative Emotions in Daily Life. *Journal of Personality, 76* (3).
- Ohayon *et al.* (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep, 20*.

- Panayiotou, G & Papageorgiou, M. (2007). Depressed mood: The role of negative thoughts, self-consciousness, and sex role stereotypes. *International Journal of Psychology*, 42 (5).
- Pedinielli, J.-L. & Bernoussi, A. (2006). *Os Estados Depressivos*. Climepsi Editores.
- Pedro, A. M. & Silvestre, I. & Candeias, L. (2008) Questionário da Vida Nocturna: o Sono e o Sonho (Questionário em validação).
- Pesant, N. & Zadra, A. (2006). Dream Content and Psychological Well-Being: A Longitudinal Study of the Continuity Hypothesis. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (1).
- Phillips, B. (2008). Sleep Disorders and Medical Conditions in Women. *Journal of Women's Health*, 17 (7).
- Pontalis, J.B (2005). *Entre o Sonho e a Dor*. Editora Ideias & Letras.
- Roese, N. *et al.* (2009). Repetitive regret, depression, and anxiety: Findings from a nationally representative survey. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28 (6).
- Rotenberg, V. S. (2003). Sleep deprivation in depression: An integrative approach. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 7.
- Sami-Ali, *et al.* (2001). *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Silvestre, I. (2008). Questionário da vida nocturna: o sono e o sonho. Metodologia de construção e validação. Tese de Mestrado não publicada.
- Soares, C. (2005). Insomnia in women: an overlooked epidemic?. *Archives of Women's Mental Health*, 8.

Tanskanen *et al.* (2001). Nightmares as predictors of suicide. *Sleep*, 24.

Wade, A. (2006). Sleep problems in depression: how do they impact treatment and recovery?. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10 (1).

Wolff, J. Roberto (1985). *Sonho e Loucura*. Editora Ática.

Zadra & Donderi (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *J. Abnorm. Psychol.*, 109.

Anexos

Anexo 1 – Carta Consentimento Informado

Carta sobre o consentimento informado

Eu, _____, certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Sofia Margarida Ribeiro Ferreira da Costa se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa). Este estudo, bem como a minha participação, foi definida e inteiramente esclarecida pela

mesma. Deste modo, aceito livremente que os dados recolhidos sejam utilizados pela investigadora, de forma confidencial e autorizo que esses dados sejam usados para investigação, bem como publicações futuras. A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente esclarecida por Sofia Margarida Ribeiro Ferreira da Costa. Tive a oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram satisfatoriamente respondidas.

Se necessário, comprometo-me a voltar a encontrar-me em data e local a combinar com a investigadora, de forma a completar o material necessário.

Compreendo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sou livre de responder às questões desta investigação e posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa. Percebo e aceito que vou despende do meu tempo sem esperar qualquer benefício ou recompensa monetária.

Participante: _____ Data ____/____/____

Investigadora: _____ Data ____/____/____

Anexo 2 – Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ (F - feminino; M - masculino)

II

Instruções: Este questionário é composto por 21 grupos de afirmações. Leia atentamente cada grupo de afirmações e, em seguida, escolha em cada grupo a afirmação (apenas uma única) que melhor descreve o que tem sentido nas duas últimas semanas, incluindo hoje. Faça um círculo à volta do número que se encontra no início da afirmação que escolheu. Se lhe parecer que existem várias afirmações que se aplicam ao seu caso, faça um círculo no número mais alto entre as afirmações adequadas. Certifique-se de que não escolheu mais do que uma afirmação em cada grupo, mesmo no grupo 16 (mudanças no padrão do sono) e no grupo 18 (mudanças no apetite).

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste a maior parte do tempo.
- 2 Estou sempre triste.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar isto.

2. Pessimismo

- 0 Não me sinto desencorajado em relação ao meu futuro.
- 1 Sinto-me mais desencorajado em relação ao meu futuro do que costumava sentir-me.
- 2 Não espero que as coisas me corram bem.
- 3 Não tenho qualquer esperança no futuro e sinto que a minha situação só vai piorar.

3. Fracasso no passado

- 0 Não me sinto um falhado.
- 1 Falhei mais do que deveria ter falhado.
- 2 Quando olho para o passado, vejo muitos fracassos.
- 3 Sinto que sou uma pessoa completamente falhada.

4. Perda de prazer

- 0 Continuo a ter o mesmo prazer que tinha nas coisas que gosto.
- 1 Já não tenho tanto prazer nas coisas como anteriormente.
- 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que anteriormente me satisfaziam.
- 3 Não tenho prazer nenhum nas coisas que anteriormente me satisfaziam.

5. Sentimentos de culpa

- 0 Não me sinto culpado de nada em particular.
- 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito.
- 2 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me sempre culpado.

6. Sentimentos de punição

- 0 Não sinto que estou a ser castigado.
- 1 Sinto que posso vir a ser castigado.
- 2 Espero vir a ser castigado.
- 3 Sinto que estou a ser castigado.

7. Desprezo por si próprio

- 0 Sinto-me tão bem comigo próprio agora como anteriormente.
- 1 Perdi a confiança em mim.
- 2 Estou desiludido comigo.
- 3 Não gosto de mim próprio.

8. Autocrítica

- 0 Não me critico ou culpo mais do que é habitual.
- 1 Sou mais crítico em relação a mim do que costumava ser.
- 2 Culpo-me por todos os meus defeitos.
- 3 Culpo-me por tudo o que acontece de mal.

9. Pensamentos ou desejos suicidas

- 0 Não penso em suicidar-me.
- 1 Penso em suicidar-me, mas não seria capaz de fazê-lo.
- 2 Gostaria de me suicidar.
- 3 Gostaria de me suicidar se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que costumava chorar.
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
- 2 Choro por qualquer pequena coisa.
- 3 Apetece-me chorar, mas não sou capaz.

11. Agitação

- 0 Não estou mais agitado ou inquieto do que é habitual.
- 1 Sinto-me mais agitado ou inquieto do que é habitual.
- 2 Estou tão agitado que é difícil ficar quieto.
- 3 Estou tão agitado que tenho de estar em constante movimento ou a fazer algo.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades.
- 1 Estou menos interessado nas outras pessoas ou actividades do que anteriormente.
- 2 Perdi grande parte do interesse pelas outras pessoas ou actividades.
- 3 É difícil interessar-me por qualquer coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo decisões tão bem como anteriormente.
- 1 É mais difícil tomar decisões do que anteriormente.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter.
- 3 Fico em pânico quando tenho de tomar uma decisão.

14. Desvalorização pessoal

- 0 Não sinto que não tenho valor.
- 1 Não me considero tão merecedor e útil como me costumava considerar.
- 2 Sinto que tenho menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Sinto-me completamente sem valor.

15. Perda de energia

- 0 Continuo a ter a mesma energia que anteriormente.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para fazer alguma coisa.

16. Alterações nos hábitos do sono

- 0 Não senti nenhuma alteração no meu padrão de sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que é habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que é habitual.
- 2a Durmo muito mais do que é habitual.
- 2b Durmo muito menos do que é habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer.

17. Instabilidade

- 0 Não me irritado mais do que é habitual.
- 1 Irrito-me mais do que é habitual.
- 2 Irrito-me muito mais do que é habitual.
- 3 Irrito-me com tudo.

18. Alterações no apetite

- 0 Não senti qualquer alteração no meu apetite.
- 1a O meu apetite é pouco menor do que é habitual.
- 1b O meu apetite é pouco maior do que é habitual.
- 2a O meu apetite é muito menor do que é habitual.
- 2b O meu apetite é muito maior do que é habitual.
- 3a Não tenho apetite absolutamente nenhum.
- 3b Tenho sempre vontade de comer.

19. Dificuldades de concentração

- 0 Consigo concentrar-me tão bem como antes.
- 1 Não consigo concentrar-me tão bem como era habitual.
- 2 É difícil concentrar-me em algo durante muito tempo.
- 3 Acho que não consigo concentrar-me em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- 0 Não estou mais cansado ou fatigado do que é habitual.
- 1 Canso-me ou fatigo-me mais facilmente do que é habitual.
- 2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer uma quantidade de coisas que costumava fazer.
- 3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse sexual

- 0 Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
- 2 Agora estou muito menos interessado em sexo.
- 3 Perdi completamente o interesse sexual.

Anexo 3 – Outputs Estatística Descritiva

Statistics

idade

N	Valid	31
	Missing	0
Mean		39,55
Median		39,00
Std. Deviation		5,966
Minimum		30
Maximum		54

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	31	100,0	100,0	100,0

Grau académico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ensino Básico	11	35,5	35,5	35,5
Ensino Secundário	18	58,1	58,1	93,5
Licenciatura	2	6,5	6,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	5	16,1	16,1	16,1
	Casado	18	58,1	58,1	74,2
	Divorciado	7	22,6	22,6	96,8
	Viuvo	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

região geográfica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Centro	13	41,9	41,9	41,9
	Sul	18	58,1	58,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

depressao

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	depressao ligeira	7	22,6	22,6	22,6
	depressao moderada	17	54,8	54,8	77,4
	depressao grave	7	22,6	22,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Qualidade_Sono

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	5	16,1	16,1	16,1
	Média	18	58,1	58,1	74,2
	Muito Boa	8	25,8	25,8	100,0

Qualidade_Sono

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	5	16,1	16,1	16,1
	Média	18	58,1	58,1	74,2
	Muito Boa	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Qualidade_Sonho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Média	21	67,7	67,7	67,7
	Muito Boa	10	32,3	32,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Anexo 4 – Estatística Inferencial

depressao * Qualidade_Sono Crosstabulation

Count

		Qualidade_Sono			Total
		Baixa	Média	Muito Boa	
depressao	depressao ligeira	0	3	4	7
	depressao moderada	2	12	3	17
	depressao grave	3	3	1	7
Total		5	18	8	31

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,909 ^a	4	,063
Likelihood Ratio	8,541	4	,074
Linear-by-Linear Association	6,070	1	,014
N of Valid Cases	31		

depressao * Qualidade_Sonho Crosstabulation

Count

		Qualidade_Sonho		Total
		Média	Muito Boa	
depressao	depressao ligeira	4	3	7
	depressao moderada	11	6	17
	depressao grave	6	1	7

depressao * Qualidade_Sonho Crosstabulation

Count

		Qualidade_Sonho		Total
		Média	Muito Boa	
depressao	depressao ligeira	4	3	7
	depressao moderada	11	6	17
	depressao grave	6	1	7
Total		21	10	31

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,466 ^a	2	,480
Likelihood Ratio	1,609	2	,447
Linear-by-Linear Association	1,265	1	,261
N of Valid Cases	31		

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
depressao ligeira	7	98,2857	4,34796	92,00	103,00
depressao moderada	17	92,9412	6,79587	78,00	105,00
depressao grave	7	86,1429	11,02162	73,00	103,00
Total	31	92,6129	8,36930	73,00	105,00

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sono	depressao ligeira	,204	7	,200*	,904	7	,355

depressao moderada	,152	17	,200*	,968	17	,783
depressao grave	,242	7	,200*	,905	7	,361

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variances

Sono

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,926	2	28	,131

ANOVA

Sono

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	520,128	2	260,064	4,605	,019
Within Groups	1581,227	28	56,472		
Total	2101,355	30			

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sono	depressao ligeira	7	253,5714	22,80246	219,00	289,00
	depressao moderada	17	250,7647	20,37624	224,00	299,00
	depressao grave	7	235,2857	20,36921	209,00	274,00
	Total	31	247,9032	21,39370	209,00	299,00
Forma_Sonhos	depressao ligeira	7	124,8571	12,99267	108,00	146,00
	depressao moderada	17	122,4706	7,70647	108,00	135,00
	depressao grave	7	115,2857	15,99702	96,00	147,00
	Total	31	121,3871	11,34806	96,00	147,00
Repre_Sonhos	depressao ligeira	7	45,4286	7,39047	40,00	58,00
	depressao moderada	17	45,1176	4,78124	37,00	56,00

	depressao grave	7	41,7143	5,25085	37,00	53,00
	Total	31	44,4194	5,55442	37,00	58,00
Envol_Relacional	depressao ligeira	7	60,0000	5,06623	54,00	66,00
	depressao moderada	17	57,7647	11,50288	42,00	94,00
	depressao grave	7	54,4286	4,42934	51,00	64,00
	Total	31	57,5161	9,12824	42,00	94,00
Intenc_Sonhos	depressao ligeira	7	23,2857	6,92133	13,00	32,00
	depressao moderada	17	25,4118	6,00061	14,00	36,00
	depressao grave	7	23,8571	5,27347	19,00	33,00
	Total	31	24,5806	5,93731	13,00	36,00

(I) depressao	(J) depressao	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
depressao ligeira	depressao moderada	5,34454	3,37482	,269
	depressao grave	12,14286*	4,01684	,014
depressao moderada	depressao ligeira	-5,34454	3,37482	,269
	depressao grave	6,79832	3,37482	,127
depressao grave	depressao ligeira	-12,14286*	4,01684	,014
	depressao moderada	-6,79832	3,37482	,127

Tests of Normality

depressao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Sonho	depressao ligeira	,148	7	,200*	,985	7	,980
	depressao moderada	,142	17	,200*	,930	17	,220
	depressao grave	,239	7	,200*	,914	7	,422
Forma_Sonhos	depressao ligeira	,179	7	,200*	,953	7	,758
	depressao moderada	,083	17	,200*	,970	17	,817
	depressao grave	,246	7	,200*	,885	7	,251
Repre_Sonhos	depressao ligeira	,343	7	,013	,756	7	,115
	depressao moderada	,161	17	,200*	,958	17	,600

	depressao grave	,335	7	,017	,753	7	,114
Envol_Relacional	depressao ligeira	,214	7	,200*	,882	7	,237
	depressao moderada	,213	17	,039	,834	17	,106
	depressao grave	,396	7	,001	,711	7	,065
Intenc_Sonhos	depressao ligeira	,181	7	,200*	,941	7	,644
	depressao moderada	,127	17	,200*	,981	17	,966
	depressao grave	,279	7	,107	,868	7	,179

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Sonho	,102	2	28	,904
Forma_Sonhos	1,263	2	28	,298
Repre_Sonhos	1,596	2	28	,221
Envol_Relacional	1,568	2	28	,226
Intenc_Sonhos	,464	2	28	,634

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Sonho	Between Groups	1478,508	2	739,254	1,689	,203
	Within Groups	12252,202	28	437,579		
	Total	13730,710	30			
Forma_Sonhos	Between Groups	364,834	2	182,417	1,460	,249
	Within Groups	3498,521	28	124,947		
	Total	3863,355	30			
Repre_Sonhos	Between Groups	66,641	2	33,320	1,086	,351
	Within Groups	858,908	28	30,675		
	Total	925,548	30			
Envol_Relacional	Between Groups	110,969	2	55,484	,650	,530

	Within Groups	2388,773	28	85,313		
	Total	2499,742	30			
Intenc_Sonhos	Between Groups	27,145	2	13,573	,369	,695
	Within Groups	1030,403	28	36,800		
	Total	1057,548	30			

Anexo 5 – Estatística Bivariada (Correlações)

		Sono	Sonho
pontuacao bdi	Pearson Correlation	-,480**	-,350
	Sig. (2-tailed)	,006	,048
	N	31	31

Statistics

		tristeza	vergonha	raiva	ciume	desamparo	humilhacao	angustia	culpa	medo	chorar
N	Valid	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	2,55	4,10	3,97	3,58	3,06	3,71	2,94	3,48	2,97	2,81
	Std. Deviation	,850	1,221	,948	1,119	1,063	1,160	,964	1,151	1,016	1,046

Statistics

		alegria	Desejo	paixao	surpresa	rir
N	Valid	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	2,77	2,71	2,74	2,35	2,90

Statistics

		alegria	Desejo	paixao	surpresa	rir
N	Valid	31	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,77	2,71	2,74	2,35	2,90
Std. Deviation		,805	,902	,930	,950	1,106

Anexo 6 – Outputs Consistência Interna das Escalas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,656	30

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,709	82

Forma dos Sonhos

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,699	40

Representacao Sonhos

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,640	14

Envolvimento Relacional

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,654	17

Intencionalidade dos Sonhos

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,811	11