



ISPA | Instituto Universitário

A INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO MATERNA NO  
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Margarida Mateus de Carvalho

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2011

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor António José dos Santos, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Professor Dr. António José dos Santos, pela sua disponibilidade, dedicação, constante incentivo e partilha de conhecimentos ao longo da realização deste trabalho.

À minha mãe, irmã e avô, pela sua presença e incentivo nesta fase de grande importância para mim pois sem eles este trabalho não faria sentido.

Ao Ricardo, pelo apoio e pela confiança transmitida e por estar sempre presente, atribuindo significado a cada momento.

À Inês, Marta, Bárbara e Cátia, colegas de curso e amigas, que me acompanharam desde o início do curso e com as quais partilhei importantes momentos que não esquecerei.

À Dr.<sup>a</sup> Sara e à Dr.<sup>a</sup> Ana, pela disponibilidade suporte e partilha de saber.

À Unidade de Pedopsiquiatria, pela possibilidade de realizar este trabalho e por me ter permitido a aquisição de diversos conhecimentos ao longo destes anos.

Às mães e crianças que se disponibilizaram para a participação deste trabalho.

## ÍNDICE

1. RESUMO .....	VI
2. <i>ABSTRACT</i> .....	VII
3. INTRODUÇÃO .....	8
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	9
4.1. DEPRESSÃO .....	9
4.1.1. Configuração apresentada por Sidney Blatt .....	9
4.1.1.1. Estilo de Personalidade Anaclítico .....	10
4.1.1.2. Estilo de Personalidade Introjectivo .....	11
4.1.1.3. Sub-factores da Dependência .....	13
4.1.1.4. Configurações psicopatológicas .....	14
4.2. IMPACTO DA DEPRESSÃO MATERNA .....	18
4.2.1. A relação mãe-criança .....	18
4.2.2. A influência da depressão materna no desenvolvimento da criança .....	23
5. MÉTODO .....	30
5.1. Participantes .....	30
5.2. Instrumentos .....	30
5.2.1. <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i> .....	30
5.2.2. <i>Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)</i> .....	31
5.2.3. <i>Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Childhood (DC:0-3)</i> .....	33
5.3. Procedimento .....	35
6. RESULTADOS .....	36
7. DISCUSSÃO .....	44
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57
ANEXOS .....	63

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição da amostra de crianças por idade .....	30
<b>Tabela 2:</b> Descrição dos resultados obtidos na BDI.....	36
<b>Tabela 3:</b> Descrição dos tipos de depressão através do QED.....	36
<b>Tabela 4:</b> Correlações entre a experiência depressiva da mãe, a qualidade da relação pais-criança (eixo 2) e o nível de desenvolvimento emocional da criança (eixo 5).....	37
<b>Tabela 5:</b> Correlações entre as diversas medidas que avaliam a experiência depressiva das mães	38
<b>Tabela 6:</b> Correlações entre as novas medidas que avaliam a experiência depressiva das mães...	39
<b>Tabela 7:</b> Correlações entre as novas medidas do QED e a BDI.....	39
<b>Tabela 8:</b> Dados descritivos da relação entre os níveis de diagnóstico clínico das crianças cujas mães apresentam um diagnóstico de depressão segundo os critérios do QED.....	41
<b>Tabela 9:</b> Dados descritivos da relação entre os níveis de diagnóstico da relação mãe-criança e os tipos de depressão da mãe.....	41
<b>Tabela 10:</b> Comparação entre o QED e BDI enquanto medidas de avaliação da depressão .....	42

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Média das variáveis <i>auto-criticismo, eficácia e BDI</i> .....	40
---	----

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Termo de consentimento informado
<b>Anexo 2.</b> <i>Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)</i>
<b>Anexo 3.</b> <i>Questionário de Experiências Depressivas (QED)</i>

## 1. RESUMO

Esta investigação pretende compreender o funcionamento mental das mães, de forma a averiguar o impacto da depressão materna no desenvolvimento emocional da criança e na qualidade da relação mãe-criança. A amostra é constituída por 50 mães (M= 34,40; DP= 7,56) de crianças até 5 anos (M = 3,6; DP = 1,56). A depressão materna foi avaliada através do *Inventário de Depressão de Beck –II* (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 1996) e do *Questionário de Experiências Depressivas* (QED, Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976, 1979) tendo sido utilizada a versão portuguesa do instrumento (Campos, 2000). As crianças foram avaliadas através da *Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Perturbações do Desenvolvimento do Bebê e da Criança* (D-C : 0-3 - R). Observou-se um predomínio da tipologia auto-critica em detrimento das restantes e a maioria das mães apresentam níveis moderados a severos, de acordo com a BDI. Verificou-se a existência de uma correlação positiva e significativa entre o *desenvolvimento emocional da criança* e a *eficácia* das mães ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,01$ ) bem como com os sub-factores *relatedness* ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ) e *connectedness* ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ). No que diz respeito à influência da depressão materna na qualidade da relação mãe-criança, não foi possível confirmar esta hipótese, uma vez que não foram encontradas correlações significativas através das análises realizadas. Porém, existe uma tendência negativa entre a *qualidade de relação* e a *eficácia* das mães.

**Palavras-chave:** Depressão Materna, Desenvolvimento Emocional da Criança, Qualidade da Relação Mãe-Criança

## 2. ABSTRACT

This research aims to understand the mental functioning of mothers in order to ascertain the impact of maternal depression on the child's emotional development and on the quality of mother-child relationship. The sample is consisting of 50 mothers ( $M=34.40$ ;  $DP= 7.56$ ) of children under 6 years old. Maternal depression was assessed using the *Beck Depression Inventory –II* (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 1996) and the *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ, Blatt, D'Affliti & Quinlan, 1976, 1979) using the portuguese version (Campos, 2000). The children were evaluated using the *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Childhood* (D-C: 0-3). There was a predominance of the self-criticism typology to the detriment of the others and the most mothers shown moderate to severe levels of depression, according to the BDI. A positive and significant correlation was also found between the child's *emotional development* and the *efficacy* of their mothers ( $r= 0.54$ ;  $p < 0.01$ ) as well as the sub-factores *relatedness* ( $r= 0.36$ ;  $p < 0.05$ ) and *connectedness* ( $r= 0.47$ ;  $p < 0.01$ ). With regard to the influence of maternal depression on the quality of mother-child relationship, we could not confirm this hypothesis, since there was no significant correlations found through the analysis performed, but there is a negative trend of relationship between the *quality* and the *efficacy* of the mothers.

**Key-words:** Maternal Depression, Child's Emotional Development, Quality of Mother-Child Relationship

### 3. INTRODUÇÃO

Desde que nasce, a criança encontra-se totalmente dependente das figuras prestadoras de cuidados como forma de garantir a sua alimentação e sobrevivência. Além destas necessidades, é esperado que a mãe responda às necessidades de amor e proximidade da criança para que esta se desenvolva adequadamente. O estabelecimento de ligações de proximidade emocional durante a infância constitui a base do desenvolvimento afectivo, social e cognitivo do indivíduo (Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008). No entanto, nem todas as mães se encontram disponíveis emocionalmente para interagir com a criança de forma recíproca e sensitiva. A depressão materna condiciona a qualidade das relações que o sujeito estabelece, dificultando o estabelecimento e manutenção das interacções com o outro. Assim, as relações familiares encontram-se comprometidas, havendo alterações na qualidade das mesmas uma vez que afecta a capacidade da mãe interagir de forma sensitiva com o seu filho dificultando, consequentemente, a sua capacidade de criar um ambiente emocional capaz de promover uma vinculação segura (Trapolini, Ungerer & McMahon, 2008). Mães deprimidas são menos competentes e afectivas (Misri, Kendrick, Oberlander, Norris, Tomfohr, Zhang & Grunau, 2010), menos sensíveis às necessidades dos filhos e mais negativas durante as interacções com os mesmos (Trapolini, Ungerer & McMahon, 2008). A indisponibilidade emocional da mãe associada ao quadro depressivo pode resultar em dificuldades ao nível do desenvolvimento emocional da criança.

Face à existência de vários factores de risco, sabe-se que são vários os desafios e conflitos com que se depara uma família no contexto de depressão materna, pelo que esta constitui um contexto negativo para o desenvolvimento e saúde mental da criança (Riley, Valdez, Barrueco, Mills, Beardslee, Sandler & Rawal, 2008).

Esta doença ocorre com frequência, causando sofrimento ao sujeito, podendo ser incapacitante, em níveis mais graves. Assim, além dos efeitos nas relações com o outro, o indivíduo deprimido depara-se com dificuldades a nível afectivo, cognitivo, físico e até mesmo profissional. As consequências da depressão são diversificadas e afectam o seu quotidiano, pelo que estes indivíduos apresentam uma qualidade de vida inferior. Desta forma, e dado o elevado número de casos de depressão, será importante pensar em estratégias e intervenções de forma a minimizar o sofrimento do próprio e daqueles que com ele convivem.

## 4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 4.1. DEPRESSÃO

#### 4.1.1. Configuração apresentada por Sidney Blatt

Nos anos 70, Blatt e os seus colegas desenvolveram um conjunto de estudos sobre o desenvolvimento da personalidade, tentando melhor compreender e aprofundar o seu conhecimento sobre as diversas formas de psicopatologia. Assim, definiram dois tipos de configuração de personalidade ou dois tipos de depressão, nomeadamente a *dependência* e o *auto-criticismo*. Blatt e Shichman (1983), consideram que o desenvolvimento da personalidade envolve duas tarefas principais, nomeadamente a capacidade de estabelecer relacionamentos interpessoais estáveis, duradouros e mutuamente satisfatórios e a construção de uma identidade e sentido de *self* diferenciado, consolidado, estável, realista e positivo. Desta forma, o estabelecimento de relações interpessoais estáveis e significativas definem a linha desenvolvimental anaclítica e as preocupações com uma identidade e auto-definição diferenciada e consolidada definem as questões centrais associadas à linha desenvolvimental introjectiva. Estas duas linhas desenvolvem-se ao longo do ciclo de vida do sujeito e influenciam o significado das experiências psicológicas do mesmo. Podem apresentar diversos níveis de desenvolvimento, variando entre níveis mais primitivos e modos mais organizados de pensamento (Blatt, 2008). O desenvolvimento normal aponta para a capacidade de integração entre o relacionamento e a auto-definição, sendo que estas duas linhas desenvolvimentais se desenvolvem mutuamente numa complexa interação. Desta forma, relações interpessoais satisfatórias e significativas contribuem para a evolução do auto-conceito e, conseqüentemente, os novos níveis de auto-conceito e identidade conduzem a níveis mais maduros de relações interpessoais. Deste modo, o auto-conceito é influenciado pelas experiências interpessoais e os novos tipos de relações interpessoais ocorrem como consequência das importantes alterações no auto-conceito, pelo que estes processos são interdependentes. Não obstante e, dentro dos limites da normalidade, o sujeito pode atribuir maior ênfase a um processo do que ao outro, valorizando mais a dimensão relacional (anacítica) ou a individual (introjectiva), definindo-se assim, as duas configurações básicas de personalidade (Blatt & Shichman, 1983).

Como é possível observar, na conceptualização apresentada por Blatt, existem dois tipos de configuração de personalidade ou dois tipos de depressão, nomeadamente a dependência e o auto-criticismo. O estilo de personalidade dependente remete para sujeitos susceptíveis a acontecimentos numa dimensão interpessoal e o estilo auto-critico aponta para sujeitos com dificuldades na área da realização pessoal e auto-definição (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 1995). Quando deprimidos, os primeiros apresentam depressões anaclíticas ou de dependência e os segundos, depressões introjectivas ou auto-criticas.

#### **4.1.1.1. Estilo de Personalidade Anaclítico**

No que diz respeito à configuração anaclítica, esta envolve uma preocupação com questões interpessoais tais como a confiança, intimidade e sexualidade (Blatt, 1998). Estes indivíduos focam-se, essencialmente, nos afectos e nas imagens visuais sendo o seu pensamento maioritariamente determinado por sentimentos e reacções subjectivas, em detrimento dos factos, detalhes, lógica e razão (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2008; Campos, 2003). Preferem a síntese e a integração de detalhes num todo coeso, em vez da análise separada dos detalhes (Szumotalska, 1992; cit. por Blatt, 2008) e, tendem a minimizar as contradições com que se deparam (Gardner et al., 1959, 1960, cit. por Blatt, 2008). A sua orientação instintiva é afiliativa e libidinal, havendo uma valorização das relações interpessoais e dos afectos, em vez da agressividade, como se observa na configuração introjectiva. Os sujeitos analíticos são intuitivos, passivos, dependentes, ingénuos e mais focados para a acção. Tendem a não realizar julgamentos críticos e vivem o presente. Devido à ênfase que atribuem aos relacionamentos interpessoais, estes sujeitos são mais concordantes e são capazes de estabelecer, com maior frequência, interacções construtivas com os outros (Mongrain, 1998; Zuroff et al., 1995, cit. por Blatt, 2008). Assim, as suas relações são frequentemente seguras, estáveis e prazerosas (Mongrian, 1998; Mongrian & Zuroff, 1989; Zuroff et al., 1999, cit. por Blatt, 2008). Desta forma, as qualidades associadas a estes indivíduos dizem respeito à sua orientação positiva face ao outro e à sua capacidade de procurar apoio/suporte. Numa perspectiva menos adaptativa, destaca-se o predomínio de um estilo de vinculação ansioso/preocupado (Blatt & Homann, 1992, cit. por Blatt, 2008) e o facto de serem submissos, como forma de serem aceites pelos outros (Santor & Zuroff, 1997, cit. por Blatt, 2008). Além destes aspectos, estes indivíduos apresentam menor diferenciação cognitiva e mais preocupações somáticas. Verifica-se a existência de sentimentos como a desesperança, desamparo, fraqueza bem como medo de ser abandonado e de não ser amado, havendo um

desejo de ser protegido e cuidado. Consequentemente, existe uma intolerância à espera, uma busca pela satisfação e uma necessidade de ser amado pelo que estes sujeitos valorizam o objecto pela sua capacidade de gratificação (Blatt, 1974). Assim, o sentimento de bem-estar apenas é conseguido através da obtenção de amor e gratificação, segurança, protecção e mutualidade. Deste modo, verifica-se na configuração anaclítica, uma orientação para o objecto. Face a situações de não satisfação, o sentimento de bem-estar dá lugar a sentimentos de frustração e privação (Blatt & Shichman, 1983). Estes indivíduos apresentam elevados níveis de ansiedade e sentem-se incapazes de lidar com o stress e com o medo de abandono. Recorrem a tentativas de suicídio como forma de comunicarem a sua tristeza e insatisfação, no entanto, utilizam metodologias pouco letais, de forma a poderem ser descobertos por outras pessoas e a assegurarem a sua própria sobrevivência (Blatt, 2008). Estes comportamentos suicidas surgem devido à existência de stressores externos associados ao contexto interpessoal, reflectindo tal como afirmam Fazzaa e Page (2003, cit. por Blatt, 2008), um apelo e a sua necessidade de ser cuidado e protegido pelo outro.

#### **4.1.1.2. Estilo de Personalidade Introjectivo**

Na configuração introjectiva existe uma ênfase na auto-definição. As preocupações destes indivíduos giram em torno de questões identitárias (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2008). Focam-se na definição do *self* enquanto entidade separada e diferente do outro, com autonomia, capacidade de auto-conceito (corpo e mente) e sentimento de integridade. Deste modo, as questões da sua auto-definição marcam as relações interpessoais que estabelecem (Blatt & Shichman, 1983). Os indivíduos introjectivos possuem um pensamento lógico, com consistência e causalidade. Valorizam a análise pormenorizada dos detalhes e a comparação das partes, porém, não gostam de minimizar as diferenças de forma a integrar as partes num todo, tal como se sucede na configuração anaclítica (Blatt, 2008). São mais incisivos no seu estilo cognitivo (Gardner et al., 1959, cit. por Blatt, 2008) e estão atentos às diferenças e contradições. Têm um sentimento de independência (Witkin, 1965; Witkin et al., 1962, cit. por Blatt, 2008), pelo que as suas experiências e decisões são influenciadas, essencialmente, por aprovação interna, não estando dependentes dos acontecimentos exteriores, contrariamente aos indivíduos anaclíticos. O seu foco instintivo é a agressividade e a auto-assertividade, de forma a alcançarem a sua autonomia, controlo, poder e prestígio sendo o seu objectivo último alcançar a diferenciação e auto-definição. Nesta configuração, os indivíduos são bastante críticos, capazes de fazer

juízos sobre os outros e sobre o próprio e valorizam o controlo e a razão em detrimento das emoções. São ainda definidos como pessoas responsáveis, calmas, confiáveis e organizadas. Gostam de valorizar as suas próprias ideias, usando-as sempre como referência e tendem a influenciar os outros para que estes aceitem a sua visão. Procuram dominar as relações que estabelecem, são cautelosos e metódicos e procuram cumprir sempre as tarefas que se comprometem a realizar da forma mais correcta e perfeita possível (Blatt, 2008).

Tal como Blatt (2008) aponta, indivíduos com elevados níveis de auto-criticismo são mais introvertidos (Mongrain, 1993), irritáveis, ressentidos, críticos de si próprios e dos outros (Zuroff, 1994), isolados e distantes dos outros (Mongrain, Vetesse, Shuster & Kendal, 1998; Mongrain & Zuroff, 1994) pelo que as relações que estabelecem tendem a ser desagradáveis (Zuroff et al., 1995) e hostis (Mongrain et al., 1998; Zuroff & Duncan, 1999). Apresentam, frequentemente, um estilo de vinculação evitante/medroso (Blatt & Homann, 1992; Levy & Blatt, 1999, cit. por Blatt, 2008), têm uma baixa auto-estima (Zuroff et al., 1983, cit. por Blatt, 2008), reportam a existência de sintomatologia depressiva (Dunkley & Blankstein, 2000, cit. por Blatt, 2008), são vulneráveis ao abuso de substâncias, (especialmente opiáceos) e a desenvolverem perturbações alimentares (Bers, 1988; Lehman & Rodin, 1989; Steiger et al., 1999, cit. por Blatt, 2008). Além destas características, e ainda segundo Blatt (2008), os indivíduos introjectivos são excessivamente preocupados (Stober, 1998) e apresentam frequentemente um afecto negativo e pouco positivo (Zuroff, Moskowitz & Cole, 1999; Zuroff et al., 1995). Normalmente, são descritos enquanto sujeitos formais, reservados, distantes e frios (Alden & Bieling, 1996; Mongrain & Zuroff, 1994, cit. por Blatt, 2008) e tendem a evitar relacionamentos íntimos, não confiando naqueles que lhes são próximos (Mongrain, 1998; Mongrain & Zuroff, 1995, cit. por Blatt, 2008). Face a acontecimentos stressantes, predominam nos indivíduos introjectivos, sentimentos de culpa, desesperança e verifica-se a utilização de mecanismos de *coping* pouco adaptativos (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992, cit. por Blatt, 2008). São sujeitos facilmente provocados pela raiva, podendo dirigi-la a si próprios ou face ao outro (Hewitt & Flett, 1991, cit. por Blatt, 2008).

Quando ocorrem tentativas de suicídio, os indivíduos introjectivos realizam-nas como consequência de stressores intrapsíquicos e as metodologias que utilizam são mais letais havendo uma intenção mais real de morrer, quando comparado com os indivíduos anaclíticos (Fazaa & Page, 2003, cit. por Blatt, 2008). As suas competências sociais são deficitárias, pelo estes sujeitos experienciam pouco prazer com as relações interpessoais que estabelecem. Apresentam expectativas negativas face às mesmas (Mongrain, 1998, cit. por Blatt, 2008) surgindo sentimentos de isolamento e timidez. Desta forma, estes indivíduos têm menos amigos e a

procura de suporte social é mais reduzida. Além destes aspectos, estes indivíduos têm dificuldades e evitam reconhecer os seus próprios erros, não gostam de aceitar sugestões de outras pessoas e esforçam-se, constantemente, para aumentar o seu próprio valor. Assim, o seu principal objectivo é a assertividade, o prestígio, o controlo e o poder, não havendo uma preocupação ao nível do estabelecimento de relações interpessoais. Consequentemente, predominam sentimentos de desvalorização, de não ser amado, de culpa e medo de não corresponder às expectativas. Devido à severidade do *super-ego* destes indivíduos, existe uma constante auto-avaliação e culpa (Blatt & Shichman, 1983). Desta forma, existe uma grande preocupação em ser perfeito, uma tendência para assumir a responsabilidade e a sensação de não conseguir ser aceite e reconhecido pelos outros. Os sentimentos relativos aos objectos são ambivalentes e hostis mas dificilmente são expressos pelo sujeito devido ao medo de perder o objecto. Consequentemente, na relação com os objectos, estes sujeitos procuram mais do que a gratificação, havendo uma preocupação em receber amor e aprovação. Assim, existe medo de perder o amor e a aceitação do objecto enquanto na configuração anaclítica existe o medo de perder o próprio objecto (Blatt, 1974).

#### **4.1.1.3. Sub-factores da Dependência**

Com base no estudo das tipologias avaliadas pelo *QED*, foi possível verificar que o factor Dependência contém dois sub-factores, um que avalia a componente mais adaptada e positiva das relações interpessoais e um sub-factor menos adaptativo e negativo. Mais especificamente, o sub-factor *Dependence* ou *Neediness*, inclui questões que expressam sentimentos de medo face ao desamparo, à separação e rejeição e intensas preocupações relativas à perda do contacto com o outro. No entanto, estes medos e preocupações não se encontram relacionados com uma pessoa em particular, pelo que apresentam pouca diferenciação. Desta forma, a principal temática destes indivíduos é o medo de abandono e de desamparo (Blatt, 2008). O sub-factor *Relatedness* ou *Connectedness* inclui preocupações como a solidão e tristeza bem como o medo da perda, em reacção à existência de dificuldades numa relação com uma pessoa específica. Desta forma, estes sentimentos são diferenciados e específicos a uma pessoa a que o sujeito se encontra vinculado, sendo a relação bastante valorizada, pelo que a ruptura da mesma acarreta sentimentos de tristeza face à perda (Blatt, 2008). Neste sub-factor, existe maior maturidade e reciprocidade e os indivíduos centram-se nas relações que estabelecem com o outro significativo (Campos, Besser & Blatt, 2011).

#### 4.1.1.4. Configurações psicopatológicas

As duas configurações de personalidade (anaclítica e introjectiva) reflectem a existência de características específicas no que concerne o estilo cognitivo e relacional, ao nível da motivação, mecanismos de *coping* bem como no modo de utilização dos mecanismos de defesa (Blatt & Shichman, 1983). Face à multiplicidade de factores precipitantes (predisposições biológicas, aspectos culturais, familiares e individuais), o sujeito procura lidar com as perturbações que surgem no seu processo de desenvolvimento, enfatizando mais uma linha desenvolvimental do que outra recorrendo, conseqüentemente, maioritariamente a uma das configurações (Campos, 2003). Estas disrupções causam uma distorção no processo interactivo entre estas duas linhas, dando origem à psicopatologia sendo que é a existência de uma ênfase excessiva numa das linhas de desenvolvimento, em detrimento da outra, que define uma de duas configurações psicopatológicas. Assim, a psicopatologia em cada uma das configurações é definida pelo exagero atribuído às tarefas que lhe estão associadas e pelo evitamento das tarefas relacionadas com a outra (Blatt & Shichman, 1983). Na psicopatologia anaclítica, encontra-se uma distorção e uma ênfase nas tentativas de manter relações interpessoais satisfatórias e o sentido de *self* é negligenciado. Na psicopatologia introjectiva, verifica-se a preocupação excessiva ao nível do estabelecimento de um auto-conceito eficaz e um desinteresse face ao estabelecimento das relações interpessoais.

Relativamente às perturbações da esfera neurótica, estas são definidas por Blatt (1991), enquanto dificuldades associadas ao estabelecimento da constância do *self* ou na constância do objecto definindo-se assim, duas configurações psicopatológicas neuróticas. Em cada configuração existem diferentes níveis de estruturação, desde os mais primitivos aos mais estruturados no que diz respeito ao estabelecimento de relações interpessoais e um sentido de *self* consolidado (Campos, 2003). Cada patologia, dentro de uma configuração, remete para uma fase de desenvolvimento específico verificando-se a existência de diferenças ao nível dos mecanismos de defesa, funcionamento do *ego*, natureza das representações objectais e qualidade das relações interpessoais. Assim, as configurações de psicopatologia diferem no que respeita a ênfase atribuída às preocupações instintivas (agressivas ou libidinais), no foco da representação do mundo (auto-definição ou relacionamento), na ênfase atribuída aos acontecimentos de vida e na utilização dos mecanismos de defesa. Apesar das diferenças associadas às diferentes formas de psicopatologia, é possível encontrar semelhanças ao nível dos conflitos intrapsíquicos, modos de adaptação e de defesa (Blatt & Shichman, 1983).

Deste modo, na configuração anaclítica, que inclui a personalidade infantil ou depressão anaclítica e a histeria, as preocupações dizem respeito à esfera interpessoal e ao estabelecimento de relações satisfatórias para o sujeito. Assim, a qualidade das relações interpessoais, além de constituírem a preocupação central nesta configuração, influenciam o pensamento e os sentimentos sobre o próprio. Neste sentido, os sintomas reflectem uma tentativa por parte do sujeito, em compensar as perturbações que ocorrem nas relações interpessoais. Blatt e Shichman (1983) destacam dois momentos-chave para a ocorrência de psicopatologia nesta configuração. Quanto ocorrem perturbações ao nível da relação precoce mãe-filho, o sujeito tende a centrar-se nas questões da oralidade, ao nível da prestação de cuidados e do sentimento de confiança e, quando as perturbações ocorrem a um nível mais evoluído, surgem associadas à fase edípica, havendo assim, um predomínio de temáticas associadas à sexualidade, reciprocidade e mutualidade. Em ambos os níveis desta configuração, verifica-se o recurso a mecanismos de defesa na linha do evitamento. No entanto, a nível oral, existe um predomínio da negação, como defesa face a sentimentos de zanga e raiva associados a experiências de frustração e privação e, em níveis mais evoluídos, o sujeito recorre à repressão, como forma de evitar que os desejos eróticos se tornem conscientes, devido ao impacto que estes teriam nas relações que estabelece com as figuras parentais.

Blatt (1974), definiu a personalidade infantil enquanto depressão anaclítica. Nesta, a orientação libidinal é de natureza oral e encontra-se relacionada com a existência de um trauma precoce e com experiências de privação ou excesso de cuidados, expressos através de medos intensos de perda do amor e abandono. Consequentemente, existe um desejo de ser alimentado, protegido e securizado. Está presente um sentimento de desesperança face à possibilidade de gratificação das suas necessidades orais. Assim, na depressão anaclítica, o sujeito foca-se essencialmente na relação com o prestador de cuidados, geralmente a sua mãe, valorizando-a devido à sua capacidade de gratificar as suas necessidades. O indivíduo encontra-se centrado na relação diádica e não ao nível da relação com ambos os pais, tal como se sucede num nível mais avançado desta configuração. Verifica-se ainda nesta configuração que o objecto materno é experienciado como sendo inconsistente, frio, distante e frustrante, havendo uma constante preocupação do sujeito face à disponibilidade e consistência dos afectos recebidos. Face à sua ausência, o sujeito sente-se confuso predominando um sentimento de não ser amado e de abandono. As relações de objecto são, essencialmente, incorporativas e indiferenciadas e baseiam-se na gratificação obtida nas fases mais precoces do processo de separação-individuação. Verifica-se, por parte destes sujeitos, uma intolerância à frustração e aos sentimentos de privação, no entanto, os sentimentos de raiva e zanga não são manifestados devido ao seu medo de perder

o objecto (Blatt, 1974). Estes indivíduos oscilam entre sentimentos de satisfação e excitação e sentimentos de raiva e frustração face ao objecto. No entanto, prevalecem os medos intensos de não ser amado, protegido e de ser abandonado.

Na psicopatologia introjectiva, predominam os conflitos em torno da agressividade, expressa através da tentativa de alcançar um sentimento de separação, autonomia e independência face a um objecto que é sentido como intrusivo, controlador, punitivo e crítico. Desta forma, nesta configuração de psicopatologia, as figuras parentais são representadas enquanto figuras intrusivas, pelo que esta representação limita o desenvolvimento de um sentimento de independência e competência do *self* (Blatt & Shichman, 1983). Existe uma preocupação excessiva com as questões associadas à auto-definição e auto-controlo, havendo uma tentativa por parte do sujeito, em definir a sua identidade. Desta forma, são privilegiados os pensamentos e as acções em detrimento das relações interpessoais e dos sentimentos. Tal como Blatt e Shichman (1983) afirmam, nesta configuração existe uma complexa relação entre as diversas patologias, uma vez que os sujeitos se podem encontrar predominantemente num nível de estruturação e, face a acontecimentos de vida stressantes, podem evoluir para níveis mais ou menos organizados. Esta configuração psicopatológica inclui a paranóia, a perturbação obsessivo-compulsiva, a depressão introjectiva e o narcisismo fálico. Relativamente aos mecanismos de defesa, são utilizados mecanismos neutralizantes, consoante o nível em que o sujeito se encontra. Num nível mais primário, existe um predomínio de defesas tipo paranóides (eg.: projecção), a nível intermédio, verifica-se a utilização de defesas do tipo obsessivo-compulsivo (eg.: isolamento, formação reactiva e intelectualização) e num nível mais evoluído, tal como se sucede na depressão introjectiva e no narcisismo fálico, as defesas mais utilizadas são a internalização da culpa, a identificação com o agressor, a sobrecompensação e a racionalização (Blatt & Shichman, 1983).

Como é possível observar, a depressão introjectiva ocorre num nível mais evoluído da configuração introjectiva. Nesta, predominam sentimentos de desvalorização, culpa e de incapacidade de alcançar os objectivos e expectativas dos outros. Este tipo de depressão remete para a fase do processo de formação do *super-ego*, processo de identificação sexual e na fase inicial do conflito edipiano. Na origem destes sentimentos de desvalorização e culpa encontra-se a existência de relações ambivalentes, depreciativas, exigentes e hostis com as figuras parentais. Consequentemente, existe a internalização dos valores parentais num *super-ego* exigente, rígido e punitivo originando, desta forma, sentimentos de culpa e vergonha no sujeito. Desta forma, o auto-criticismo destes sujeitos reflecte a internalização da crítica e a desaprovação parental. Além disso, os conflitos vividos na fase fálica, interferem com a construção de sentimentos positivos

sobre o próprio bem como auto-representações construtivas. Este tipo de experiências relacionais e, conseqüentemente, a existência de um *self* rígido comprometem a capacidade do sujeito estabelecer relações interpessoais de qualidade.

Indivíduos introjectivos caracterizam-se pela existência de elevados ideais, de um *super-ego* rígido, elevado sentimento de moralidade e de compromisso, vontade de obter um desempenho melhor possível e um intenso desejo de perfeição. No entanto, sentem-se incapazes de serem aceitos, reconhecidos e de terem a aprovação do outro. Devido às elevadas expectativas e níveis de exigência que auto-estipulam, reduzem o seu grau de aceitação e de tolerância face aos seus limites e erros. As suas relações interpessoais são ambivalentes, não havendo capacidade para resolver e integrar sentimentos contraditórios. As representações do objecto são diferenciadas mas baseiam-se em interacções repetitivas e conflituosas com o objecto e com as partes distorcidas do mesmo (Blatt, 1974, cit. por Blatt & Shichman, 1983).

Nas configurações psicopatológicas introjectivas, existe uma falha ao nível da flexibilidade e uma dificuldade na mudança conseqüente de novas experiências, pelo que a existência de um auto-conceito rígido e inflexível restringe a possibilidade de modificação do auto-conceito (Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2003). Os indivíduos com estes tipos de personalidade apresentam maior vulnerabilidade para vivenciar estados depressivos perante acontecimentos de vida stressantes e experimentam, com maior frequência, experiências depressivas quando comparados com indivíduos sem estes estilos.

Como foi possível observar, a vulnerabilidade para a depressão nos indivíduos introjectivos e anaclíticos remete para fases distintas do desenvolvimento e surge como conseqüência de um tipo de interacção perturbada com as figuras significativas o que perturba, conseqüentemente, a estruturação das representações internas relativas às mesmas (Blatt, 1974; Campos 2000). Desta forma, interacções perturbadas originam representações objectais também estas perturbadas, tal como se encontra subjacente na patologia depressiva. Estas representações disfuncionais interagem com acontecimentos de vida negativos específicos, originando um quadro depressivo, sendo possível encontrar uma relação entre as representações objectais e os sintomas depressivos do sujeito. No entanto, estes tipos de depressão (anaclítica e introjectiva) podem atingir nível elevados e graves ou podem apresentar níveis moderados, podendo representar uma experiência passageira e moderada ou um estado mais grave e profundo (Blatt, 1974).

## **4.2. IMPACTO DA DEPRESSÃO MATERNA**

### **4.2.1. A relação mãe-criança**

As relações com as figuras significativas podem constituir factores de risco ou protectores, podendo gerar sentimentos de segurança e protecção ou condições adversas, dificultando o desenvolvimento normativo da criança, causando-lhe sofrimento. O estabelecimento de ligações de proximidade emocional durante a infância constitui a base do desenvolvimento afectivo, social e cognitivo do indivíduo (Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008). Segundo Bowlby, (1988), é fundamental para a saúde mental da criança que esta vivencie uma relação calorosa, próxima e contínua com a mãe, permitindo a ambas partilhar momentos de prazer e satisfação. Desta forma, a base da saúde mental e do desenvolvimento da personalidade da criança depende da existência desta relação consistente ao longo dos primeiros anos de vida. Assim, os acontecimentos dos primeiros meses e anos na vida da criança têm efeitos profundos e duradouros na vida da mesma, pelo que a *privação* do amor materno acarreta consequências significativas para a saúde mental e desenvolvimento da personalidade. São várias as consequências da inadequada prestação de cuidados por parte da mãe, pelo que perante situações de *privação* ao nível dos cuidados maternos, o desenvolvimento da criança parece apresentar atrasos significativos a nível físico, intelectual e social, podendo surgir sintomas de doença física e mental. Neste sentido, é possível verificar que o desenvolvimento equilibrado da criança depende do comportamento parental, sendo que quanto maior for a sensibilidade e responsividade por parte dos pais, maior equilíbrio terá o desenvolvimento da criança (Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves & Valada, 2007). Assim, a forma como cada membro da família interage com o outro afecta o ajustamento e desenvolvimento da criança (Fiese, Wilder & Bickman, 2000).

A depressão materna tem repercussões significativas ao nível da interacção mãe-criança e do funcionamento mental da criança, apresentando esta, um elevado risco ao nível do desenvolvimento de problemas comportamentais e psicopatologia (Cumming & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999). Fonagy (2002), refere que é fundamental compreender os estados mentais e as interacções entre as crianças e os seus prestadores de cuidados pois estes estão relacionados com a origem e perpetuação dos problemas comportamentais e emocionais na infância e com as perturbações na relação pais-criança. No caso de indivíduos com perturbação psiquiátrica, tal como se sucede no caso da depressão materna, a qualidade da interacção parece

estar comprometida uma vez que as mães manifestam uma deterioração ao nível da capacidade de estabelecer e/ou manter vínculos afectivos. Bowlby (1982) afirma que a vinculação e o comportamento social da criança depende da resposta do outro e, no caso de psicopatologia materna, verifica-se a existência de dificuldades ao nível da vinculação mãe-filho. Assim, a existência de uma vinculação segura é um marco significativo da qualidade da relação mãe-criança, especialmente no que diz respeito à responsividade, sensibilidade e disponibilidade emocional da mãe. Deste modo, pais sensíveis e responsivos na prestação de cuidados ao filho estão constantemente em alerta para as suas necessidades, respondendo às mesmas de forma rápida e adequada permitindo desta forma, o desenvolvimento de uma vinculação segura (Wenar & Kerig, 2000; West, Spreng, Rose & Adam, 1999, cit. por Abela, Zinck, Kryer & Zilber, 2009).

Como é possível observar, a depressão materna constitui um obstáculo ao estabelecimento da vinculação segura, resultando na indisponibilidade emocional, falta de sensibilidade e responsividade por parte da mãe o que não permite à criança a experiência do sentimento de segurança e de conforto. Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynsky e Chapman (1985), desenvolveram um estudo longitudinal sobre o desenvolvimento de crianças com dois e três anos no qual verificaram que a existência de distúrbios psiquiátricos na mãe afecta a sua capacidade para esta se relacionar com a criança, de forma a promover uma vinculação segura da criança à mãe. Estes autores verificaram que a depressão materna reduz a probabilidade de a criança estabelecer uma vinculação segura. Diversos estudos encontraram uma relação entre a depressão materna e a existência de um padrão de vinculação insegura, especialmente aquando de quadros depressivos severos e crónicos (Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995) ou de um padrão desorganizado (Radke-Yarrow, McCan, DeMulder, Belmont, Martinez & Richardson, 1995). Segundo Cummings e Davies (1994), a vinculação insegura encontra-se associada a um funcionamento desadaptado da criança, em diversos contextos (Crittenden, 1988; Field, 1989), a problemas de regulação emocional (Kobak & Sceery, 1988; Sroufe, 1983); elevada sensibilidade ao stress (Lewis, Feiring, McCuffog & Jaskir, 1984; Sroufe & Fleeson, 1986; Sroufe & Rutter, 1984), dificuldades nas relações interpessoais (Erikson, Sroufe & Egeland, 1985; Pastor, 1981), perturbações de externalização (Armsden & Greenberg, 1987) e de internalização (Campbell, 1987). Crianças com padrões de vinculação insegura parecem desenvolver relacionamentos mais pobres com as outras crianças, podendo ser rejeitados pelos pares (Wood et al., 2004. cit. por Torres, Santos & Santos, 2008). Além disto, são mais sensíveis a comportamentos de rejeição e hostilidade, esperam que os outros lhes respondam com este tipo de comportamentos e tendem a responder através do evitamento ou agressão (Weinfield et al., 1997, cit. por Torres, Santos & Santos, 2008). Assim, crianças com uma vinculação insegura encontram-se numa situação de

risco, podendo desenvolver diversos problemas comportamentais, tanto em idade pré-escolar como em fases posteriores do seu desenvolvimento (Weinberg & Tronick, 1998). Porém, Cummings e Davies (1984) consideram que podem haver padrões de vinculação segura em crianças com mães deprimidas.

A existência de uma vinculação segura permite à criança o desenvolvimento de um sentimento de confiança e o estabelecimento de relações como consequentes do seu sentimento de segurança, ajustamento e estabilidade emocional. Tal como defende Field (1995), quando não existem dificuldades ao nível da interacção mãe-criança, a mãe é capaz de ajustar o seu próprio comportamento ao do bebé, mantendo um nível de estimulação adequado. Crianças com um padrão de vinculação segura apresentam uma boa auto-estima, sentimento de eficácia, tendem a obter respostas mais positivas por parte dos pares e apresentam maior facilidade em estabelecer laços de amizade (Booth et al., 1998; Wood et al., 2004, cit. por Torres, Santos & Santos, 2008). Quando a mãe não se encontra emocionalmente disponível para responder às solicitações da criança, os comportamentos entre ambos tornam-se assíncronicos. Consequentemente, o bebé fica privado da mãe, enquanto regulador externo, ocorrendo falhas ao nível do seu desenvolvimento (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990, cit. por Frizzo & Piccinini, 2005).

Diversos estudos reportam a existência de deficits ao nível da interacção precoce e da prestação de cuidados à criança no contexto de depressão materna, tendo um impacto significativo ao nível do desenvolvimento social e emocional. O quadro depressivo da mãe compromete a sua capacidade de responder adequadamente ao bebé, não correspondendo às solicitações e expectativas deste (Brazelton & Cramer, 1992), uma vez que ocorre uma modificação da qualidade das respostas e mensagens partilhadas. Durante a interacção com os filhos, as mães deprimidas são menos afectivas e mais ansiosas (Wang, Chen, Chin & Lee, 2005), menos responsivas, olham e tocam menos nos seus filhos (Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990; Field, 1984, 1995, cit. por Weatherill, Almerigi, Levendosky, Bogat, von Eye & Harris, 2004), são menos positivas, menos activas e vocalizam menos (Field, 1984). Tal como defendem Frankel, Lindahl e Harmon (1992), as mães deprimidas exibem mais afecto negativo e, consequentemente, menos afecto positivo sendo mais hostis, inconsistentes, negativas, irritáveis e punitivas, mostrando-se menos empáticas com o seu filho.

Além destes aspectos, a mãe deprimida encontra-se mais centrada no seu próprio estado mental, estando menos disponível para compreender e responder às solicitações da criança, o que aumenta a possibilidade de ocorrerem episódios de falta de atenção ou de insensibilidade relativamente à prestação de cuidados ao nível da saúde, segurança e necessidades afectivas da criança (Teti et al., 1995). Verifica-se ainda a existência de uma percepção desvalorizada de si

própria enquanto mulher e mãe, oscilação entre padrões sub-envolvidos e sob-envolvidos e uma partilha de estados afectivos negativos com o filho (Marques, 2003). Desta forma, os afectos negativos associados ao quadro depressivo materno afectam negativamente a interacção mãe-criança e a percepção da mesma relativamente ao comportamento do filho, talvez pelo facto da mãe alargar a sua auto-percepção à representação do filho (Gelfand & Teti, 1990; Hall, Rayens & Peden, 2008). Assim, quando comparadas com mães não deprimidas, as mães deprimidas fazem mais julgamentos negativos face ao seu filho (Goodman, Adamson, Riniti & Cole, 1994, cit. por Hall, Rayens & Peden, 2008) e partilham com maior frequência comportamentos negativos com os mesmos (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990, cit. por Weinberg, Beeghly, Olson & Tronick, 2008).

Com base em vários estudos, verificou-se que o comportamento materno no contexto de depressão apresenta uma heterogeneidade de manifestações, oscilando entre atitudes intrusivas e comportamentos sobreprotectores e ainda a dificuldade em aceitar as solicitações de amor por parte da criança (Field, 1995; Teti et al., 1995; Esteves, 2000; Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy, Graczyk, O´Hare & Newman, 2000, cit. por Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves & Valada, 2007). Ambos os comportamentos podem ter repercussões negativas no funcionamento da criança, colocando em causa a capacidade de regulação emocional da mesma (Alfaya & Lopes, 2005). Perante a falta de sensibilidade materna, as crianças apresentam um menor envolvimento com pessoas e objectos (Cohn, Campbell, Mattis & Hopkins, 1990, cit. por Frizzo & Pccinini, 2007) e vocalizam com menor frequência quando comparadas com crianças cujas mães não se encontram deprimidas (Field, 1989, cit. por Abrams, Field, Scafidi & Prodromidis, 1995). Os seus comportamentos negativos são generalizados para outros contextos aquando da interacção com outras pessoas (Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Schanberg, Zimmerman & Kuhn, 1988) e verifica-se a existência de dificuldades ao nível da atenção mútua, contacto afectivo. Além disso, o seu tempo de interacção é menor e o número de comportamentos negativos durante a mesma é maior. Estas crianças apresentam uma reacção menos intensa face a respostas pouco contingentes por parte da mãe e não ficam tão desiludidas face à falta de comportamentos contentores quando comparadas com crianças cujas mães não estão deprimidas (Gartstein & Bateman, 2008). Este tipo de comportamentos maternos influencia negativamente a construção que a criança faz de si própria (Alfaya & Lopes, 2005). Tal facto torna-se especialmente importante se pensarmos que a relação emocional que a criança partilha com a mãe, oferece à criança, informações importantes relativas ao estado mental que é mais importante (Fonagy, 2002). Neste sentido, torna-se pertinente falar de um conceito introduzido por Bowlby. Este criou o conceito de *Modelos Internos Dinâmicos (MID)*, de forma a explicar a relação entre o desenvolvimento, a saúde mental e a

vinculação. Segundo estes, as crianças transformam as interações com os principais prestadores de cuidados em esquemas cognitivos e afectivos sobre eles próprios, os outros e o mundo, sendo que estes esquemas regulam e direccionam uma série de comportamentos, especialmente ao nível das relações interpessoais (Piaget, 1945; Ainsworth, 1969, 1982; Bowlby, 1969, 1973, 1988, Mahler, Pine & Bergman, 1975; Lichtenberg, 1983, Main, Kaplan & Cassidy, 1985, Stern, 1985; Beebe, 1986; Blatt, 1991, 1995; Fonagy et al., cit. por Blatt & Auerbach, 2001). Estes esquemas vão-se desenvolvendo ao longo do ciclo de vida da criança tendo em conta as interações que esta estabelece com a sua figura de vinculação. São constituídos por componentes cognitivos e afectivos, conscientes e inconscientes, que derivam das experiências interpessoais precoces significativas. Tornam-se importantes protótipos, estruturando a forma de pensar e sentir da criança face ao outro e sobre si próprio (Ainsworth, 1982; Lichtenberg, 1983; Bretherton, 1985, Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Stern, 1985; Bowlby, 1988, cit. por Blatt & Auerbach, 2001). Quando a necessidade de proximidade, segurança e protecção da criança está presente, esta apresenta maior probabilidade de construir uma representação positiva e valorizada de si pelo que o *self* surge como valorizado e merecedor de cuidados. Perante interações precoces nas quais não são preenchidas estas necessidades, as crianças tendem a organizar *modelos internos dinâmicos* nos quais o *self* é considerado pouco desejado e com pouca importância e o outro é tido como indisponível ou rejeitante (Bowlby, 1988; Toth, Sheree, Cicchetti & Macfie, 2000, cit. por Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008). Paralelamente, e tal como Bowlby (1982) postula, os comportamentos e as interações maternas são influenciados a nível cognitivo pelos *modelos internos dinâmicos* da própria mãe pelo que estes determinam a sensibilidade e a qualidade dos cuidados prestados à criança e da relação mãe-criança ao influenciarem os pensamentos e sentimentos desta relativamente ao seu próprio filho. Desta forma, as representações maternas ao nível da prestação de cuidados relacionam-se com as representações mentais da mãe relativamente à sua experiência precoce e à própria vinculação aos pais (George & Solomon, 1989).

Relativamente às mães cujos filhos apresentam uma vinculação segura, estas apresentam uma descrição mais real e adequada da sua criança, sendo capazes de descrever as características positivas e negativas dos mesmos e são mais sensíveis às suas necessidades desenvolvimentais (George & Solomon, 1996; Shamor-Essakow, Ungerer, Rapee & Safier, 2004; Slade et al., 1999, cit. por Trapolini, Ungerer & McMahon, 2008). Contrariamente, mães de crianças com uma vinculação insegura fornecem uma visão negativa relativamente à sua prestação de cuidados e menos equilibrada da criança. Estas consideram-se menos competentes no que diz respeito à sua capacidade de compreender as necessidades do seu filho bem como ao nível da sua capacidade de

resposta a estas mesmas necessidades (Geoge & Solomon, 1989; Trapolini, Ungerer & McMahon, 2008).

Verifica-se que a forma como a mãe deprimida interage com a criança reflecte os comportamentos sintomáticos da depressão, como a tristeza, desesperança, irritabilidade, zanga e angústia, marcando a interacção pela expressão do afecto negativo. As mães deprimidas apresentam sentimentos de inferioridade, insegurança, tristeza, percepção distorcida face às suas próprias competências maternas, elevado nível de culpa e de exigência (Marques, 2003; Alfaya & Lopes, 2005). Consequentemente e, devido às diferenças na interacção com a mãe, as crianças apresentam diferenças ao nível dos *MID*, pelo que estas diferenças dão origem a diversas respostas por parte da criança face a situações de separação, exploração do meio e stress (Bowlby, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters & Walls, cit. por Rodrigues et al., 2004). A construção destes modelos afecta o comportamento de vinculação da criança e, consequentemente, a forma como a criança interage com os outros (Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira & Magarinho, 2004), influenciando as suas interpretações, emoções e comportamentos responsivos até à vida adulta (Sroufe & Fleeson, 1988, cit. por Burrous, Crockenberg & Leerkes, 2009). Assim, como é possível observar, o padrão de vinculação mãe-criança pode facilitar ou impedir o desenvolvimento e a integração das representações positivas da mãe e de si próprio (Steele, Steele & Johansson, 2002, cit. por Toth, Rogosch, Sturge-Apple & Cicchetti, 2009), pelo que se torna pertinente apoiar as mães deprimidas de forma a melhorar a qualidade da relação mãe-filho.

#### **4.2.2. A influência da depressão materna no desenvolvimento da criança**

A depressão materna afecta directamente o funcionamento da criança, comprometendo o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Downey & Coyne, 1990; Gelfand & Teti, 1990; Rutter, 1990, cit. por Weinberg & Tronick, 1998) sendo que estas crianças apresentam riscos elevados ao nível do desenvolvimento de psicopatologia (La Roche, 1989, cit. por Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990).

São diversos os factores que influenciam o impacto da depressão materna no desenvolvimento da criança pelo que se torna pertinente considerar a multiplicidade de variáveis biológicas, cognitivas, ambientais e familiares de modo a melhor compreender de que forma a depressão materna influencia a criança. Segundo o modelo integrativo proposto por Goodman e Gotlib (1999) existem diversos mecanismos e moderadores que contribuem para a transmissão do risco em crianças com mães deprimidas. Assim, estes autores salientam o impacto de

mecanismos como a hereditariedade da depressão, o funcionamento dos mecanismos neuroregulatórios, a exposição a um ambiente stressante bem como a existência de cognições e/ou afectos negativos e inadequados por parte da mãe. Estes quatro mecanismos aumentam a vulnerabilidade da criança podendo dar origem a afectos, cognições e comportamentos disfuncionais. Como moderadores do impacto da depressão, Goodman e Gotlib (1999), consideram a importância da existência de suporte, por parte de outras pessoas, à mãe deprimida bem como o papel do pai. O *timing* e a severidade do quadro depressivo bem como as características da criança também são considerados no seu modelo como sendo importantes moderadores dos efeitos da depressão materna.

No que diz respeito à contribuição genética, existem evidências de que esta pode ser significativa, sendo que aproximadamente 37% do risco de desenvolver um quadro depressivo é genética (Sullivan et al., 2000, cit. por Riley, Valdez, Barrueco, Mills, Beardslee, Sandler & Rawal, 2008). Desta forma, crianças com mães deprimidas podem herdar uma vulnerabilidade para a depressão bem como traços de personalidade, estilos cognitivos e interpessoais ou características ambientais que podem aumentar o risco para desenvolver um quadro depressivo. Algumas destas variáveis podem ser o estilo temperamental inibido, baixa auto-estima, baixa sociabilidade, percepções negativas e enviesadas relativas ao ambiente, baixa qualidade dos cuidados parentais, conflitos conjugais e stress (Goodman & Gotlib, 1999). Foram também encontradas diferenças ao nível dos mecanismos neuroreguladores das crianças cujas mães se encontram deprimidas. Estas apresentam disfunções ao nível destes mecanismos que interferem na regulação dos processos emocionais aumentando, desta forma, a vulnerabilidade da criança à depressão. Vários estudos reportam a existência de algumas características no ambiente fetal específicas das mães deprimidas que parecem estar associadas ao desenvolvimento anormal do feto, nomeadamente anomalias neuro-endócrinas, redução do fluxo sanguíneo para o feto, poucos cuidados de saúde e uso de anti-depressivos (Goodman & Gotlib, 1999).

Relativamente às anomalias neuro-endócrinas, verifica-se a sobreprodução de corticotropina (*Corticotrophin Releasing Hormone, CRH*) especialmente no final da gravidez. Estas alterações influenciam o funcionamento da placenta e o fluxo sanguíneo tendo consequentemente efeitos adversos, por exemplo, ao nível dos partos pré-termo e das crianças com baixo peso (Orr & Miller, 1985; Kalantaridou, Makrigiannakis, Zoumakis & Chrousos, 2004; O'Keane & Marsh, 2007, cit. por Bansil, Kuklina, Meikle, Posner, Kourtis, Ellington & Jamieson, 2010). Vários estudos reportam a existência de níveis elevados de corticotropina (*CRH*) em mães com elevados níveis de depressão desde as 28 às 38 semanas de gravidez (Handley, Dunn, Waldron & Baker, 1980; Smith, Cubis, Brinsmead, Lewin, Singh, Owens, Eng-Cheng, Hall,

Adler, Lovelock, Hurt, Rowley & Nolan, 1990, cit. por Goodman & Gotlib, 1999). No entanto, o impacto da depressão materna na criança não se limita à componente genética e biológica pelo que os factores ambientais também contribuem para a vulnerabilidade da criança face à depressão materna. Relativamente aos cuidados maternos, as mulheres deprimidas parecem estar em risco no que diz respeito à fraca qualidade dos cuidados de saúde e aos comportamentos de risco para a sua saúde durante a gravidez. De acordo com Milberger, Bierderman, Faraone, Chen e Jones (1996, cit. por Goodman & Gotlib, 1999), as mulheres deprimidas recebem cuidados pré-natais inadequados, têm menos cuidado com a sua alimentação, horas de sono e uso de tabaco.

Além destes aspectos e, tal como já foi referido anteriormente, crianças com mães deprimidas são expostas a cognições, afectos e comportamentos negativos, sendo que os cuidados maternos que lhe são prestados tendem a afectar negativamente o desenvolvimento das suas competências cognitivas e sociais. Perante a exposição a estes comportamentos negativos, as crianças tendem a adquirir as cognições, afectos e comportamentos negativos exibidos (Goodman & Gotlib, 1999). Consequentemente, este tipo de afectos e comportamentos contribuem para a existência de um ambiente stressante para as crianças, tendo estes um impacto psicológico negativo para as mesmas (Champion et al, 2009). Desta forma, as mães deprimidas tornam-se parceiros sociais pouco adequados para a criança devido à sua dificuldade em conhecer as necessidades emocionais e sociais da criança e por se encontrarem tão centradas nas suas próprias necessidades. Além da exposição à depressão materna, estas crianças deparam-se com a existência de outros stressores associados ao quadro depressivo da mesma. Tal como defendem Goodman e Gotlib (1999), existe uma forte associação entre a depressão materna e a existência de conflitos conjugais, estando estas expostas a elevados níveis deste tipo de conflito familiar. Desta forma, crianças com mães deprimidas experienciam ambientes mais stressantes quando comparado com as crianças cujas mães não se encontram deprimidas.

Existem evidências de que crianças com mães deprimidas apresentam maiores níveis de problemas comportamentais e de psicopatologia especialmente no que diz respeito às dificuldades sociais, na relação com os pares, académicas, baixa auto-estima e pior auto-regulação (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart & Curtis, 2004; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000, cit. por Schwebel & Brezausek, 2008). Goldsmith e Rogoff (1997, cit. por Goodman & Gotlib, 1999), verificaram que as mães com depressão interagem e realizam menos actividades com os seus filhos quando comparadas com mães não deprimidas.

A depressão materna constitui um factor de risco para o desenvolvimento de problemas comportamentais tanto ao nível da internalização como da externalização. Existem, de facto, fortes evidências de que crianças com mães deprimidas apresentam um comprometimento ao

nível das suas competências afectivas, comportamentais e cognitivas, pelo que estes atrasos estão associados à inadequada prestação de cuidados por parte da mãe. No entanto, as características individuais da criança podem moderar o impacto da depressão materna uma vez que algumas crianças são mais vulneráveis à depressão do que outras (Goodman & Gotlib, 1999). Uma das características que parece moderar o impacto da depressão é o género da criança. A forma como os rapazes e raparigas são afectados pela depressão materna é diferente. Segundo Hops (1996, cit. por Goodman & Gotlib, 1999), as raparigas parecem ser mais vulneráveis do que os rapazes à depressão materna devido à importância do modelo feminino. De acordo com Cumming e Davies (1994), as raparigas parecem ser mais vulneráveis para desenvolver depressão enquanto que os rapazes apresentam uma maior probabilidade de desenvolver problemas comportamentais. O nível de inteligência e as competências sociais da criança também parecem estar associados ao impacto da depressão materna uma vez que crianças com boas competências sócio-cognitivas parecem estar mais protegidas dos efeitos adversos da depressão (Radke-Yarrow & Sherman, 1990; Beardslee et al., Downey & Walker, 1987, cit. por Goodman & Gotlib, 1999). O temperamento da criança pode ser considerado um moderador do impacto da depressão materna. Assim, crianças com um temperamento mais “fácil” podem ser menos vulneráveis ao efeito da inadequada prestação de cuidados parentais (Bates, Maslin & Frankel, 1985; Cutrona & Troutman, 1986, cit. por Goodman & Gotlib, 1999). Estudos apontam a existência de uma associação entre a depressão materna e a dificuldade em cuidar do filho (Cutrona & Troutman, 1986; Gotlib, Whiffen, Wallace & Mounti, 1991, cit. por Goodman & Gotlib, 1999) e com a percepção de temperamento difícil na criança por parte da mãe (Edhoborg, Seimyr, Lundh & Widstrom, 2000, cit. por Wachs, Black & Engle, 2009). Desta forma, mães deprimidas fazem julgamentos mais negativos relativos aos filhos quando comparadas com mães não deprimidas (Goodman, Adamson, Riniti & Cole, 1994), possivelmente por alargarem a sua auto-percepção negativa ao seu filho (Gelfand & Teti, 1990). O impacto da depressão materna na criança pode ainda ser condicionado pelo *timing* em que surge o quadro depressivo na mãe. Apesar de ainda não haver consenso relativamente ao contributo da idade da criança para a sua vulnerabilidade, sabe-se quanto mais nova é a criança, mais sensível poderá ser aos efeitos da depressão materna uma vez que depende significativamente da qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Campbell, Cohn & Meyers, 1995). Além disto, os primeiros meses de vida da criança são significativos devido à importância do estabelecimento de uma vinculação segura (Brennan et al., 2000; Bowlby, 1982). Neste sentido, a primeira infância é descrita como sendo um período em que a criança se encontra mais vulnerável à depressão materna devido à sua interferência na capacidade de regulação emocional e comportamental bem como no processo de vinculação às

figuras de referência e no estabelecimento de relações com os pares (LaRoche, 1989, cit. por Cumming & Davies, 1994). Segundo Ghodsian, Zajicek e Wolking (1984, cit. por Brennan et al., 2000), o quadro depressivo da mãe, aos 14 meses do bebê, é preditivo de maiores níveis de problemas comportamentais quando comparado com bebês cuja depressão materna surge entre os 27 e os 42 meses. Porém, Cumming e Davies (1994), referem que crianças mais velhas podem apresentar mais psicopatologia visto que a sua exposição à depressão materna pode ocorrer há mais tempo quando comparadas com crianças mais jovens. Considerar o *timing* no qual ocorre a exposição a acontecimentos adversos como é o caso da depressão materna, é de extrema importância. Permite informar relativamente ao estágio em que a criança se encontra bem como compreender as necessidades associadas ao mesmo. Além disso, ter em conta este aspecto, permite considerar as potenciais realizações associadas à fase do desenvolvimento que a criança poderia ter alcançando antes de ser exposta à depressão materna (Goodman & Brand, 2009).

A severidade do quadro depressivo da mãe também parece estar relacionado com os efeitos adversos na criança. Desta forma, a depressão crónica tende a ter um impacto maior no funcionamento da criança quando comparado com a ocorrência de apenas um episódio depressivo da mãe (Campbell & Cohn, 1997, cit. por Goodman & Gotlib, 1999). As perturbações afectivas crónicas dos pais estão relacionadas com uma menor adaptação e com maior desenvolvimento de psicopatologia na criança (Beardsloe, 1986, 1987, cit. por Goodman & Gotlib, 1999). Além disso, a cronicidade da depressão é um importante marcador da sensibilidade materna, o que significa que mães com depressão crónica são menos sensíveis e responsivas durante a interacção com os seus filhos quando comparadas com mães não deprimidas (Campbell, Brownell, Hungerford, Spieker, Mohan & Blessing, 2004). Durante a interacção face-a-face com a criança, as mães com depressão crónica no pós-parto são menos positivas com os seus filhos quando comparadas com as mães que apresentam apenas episódios depressivos (Campbell, Cohn & Meyer, 1995). Assim, a depressão pós-parto pode aumentar o risco de desenvolver um quadro depressivo posterior o que consequentemente aumenta o risco de problemas comportamentais por parte da criança (Brennan et al., 2000). De acordo com Zurivan (1989, cit. por Wang, Chen, Chin & Lee, 2005), mães com níveis moderados de depressão apresentam um elevado risco para agir de forma agressiva (físicamente) com os seus filhos enquanto que mães com níveis severos de depressão apresentam um elevado risco para praticar agressões de tipo verbal com os seus filhos. Assim, como é possível verificar, a cronicidade e a severidade da depressão materna são dois factores que influenciam fortemente o funcionamento mental da criança, estando associados a níveis mais elevados de problemas na criança (Davies,

Howells & Jenkins, 2003; Ashman, Dawson & Panagiotides, 2008, cit. por Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser & Carter, 2009; Brennan et al., 2000).

A existência de uma figura de suporte à mãe parece constituir um importante factor de protecção para a criança. O funcionamento do pai pode moderar a associação entre a depressão materna e a psicopatologia infantil. Um pai saudável, envolvido na vida do seu filho, pode constituir um modelo positivo enquanto substituto ou prestador de cuidados principal. Além disto, o pai parece constituir uma importante fonte de suporte para a mãe deprimida, permitindo promover ou melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança (Belsky, 1984, cit. por Goodman & Gotlib, 1999). Estes aspectos dão conta da capacidade do pai compensar os comportamentos e interacções negativas da mãe deprimida com o seu filho. Contrariamente, pais com distúrbios psiquiátricos aumentam o risco de psicopatologia na criança (Goodman & Gotlib, 1999). Verificou-se que as mães deprimidas parecem preferir homens com depressão, com consumos de substâncias ou com personalidade anti-social (Gotlib & Hammen, 1992, cit. por Dietz, Jennings, Kelley & Marshal, 2009). Desta forma, crianças cujos ambos os pais apresentam doença mental tendem a apresentar um risco significativamente elevado de desenvolver psicopatologia, quando comparadas com crianças que têm apenas um dos pais deprimidos (Weissman, Prusoff, Gammon, Merikangas, Leckman & Kidd, 1984, cit. por Goodman & Gotlib, 1999).

Relativamente à recuperação face aos efeitos adversos, alguns estudos verificaram que perante a redução da sintomatologia depressiva dos pais, as crianças tendem a retomar o seu funcionamento normal, ou seja, face à redução das adversidades familiares estas são capazes de apresentar melhorias. Segundo Field (1992), crianças com 6 meses cujas mães estiveram deprimidas, mas que já não estão, não parecem estar deprimidas e não exibem atrasos cognitivos e emocionais aos 12 meses. Não obstante, outros estudos reportam resultados distintos ao nível da recuperação dos efeitos da depressão materna, verificando que mesmo após a recuperação da mãe, as crianças continuam a apresentar problemas comportamentais (Ghodsian, Zajicek & Wolkind, 1984, Billings & Moos, 1985; Cox et al., 1987, cit. por Goodman & Gotlib, 1999).

Como é possível observar, vários têm sido os estudos e os autores que se têm ocupado do estudo da depressão materna e dos seus efeitos na interacção mãe-criança. A pertinência desta temática diz respeito à incidência desta patologia e às repercussões que esta acarreta para a relação mãe-criança e para o funcionamento de ambas. Além deste aspecto, as crianças são muito vulneráveis ao impacto da depressão materna visto que dependem da qualidade dos cuidados e da sensibilidade da mãe. Por outro lado, compreender a experiência depressiva das mães poderá permitir conhecer as suas dificuldades e, com base nestas, pensar em estratégias que permitam à

mãe reflectir sobre as suas angústias promovendo, conseqüentemente, melhorias nas relações que estas estabelecem.

#### A influência da depressão materna na criança, que relações?

Com base no que foi anteriormente apresentado, este estudo pretende caracterizar o quadro depressivo de forma a melhor compreender o seu funcionamento mental das mães. Pretende-se igualmente averiguar o impacto da depressão materna no desenvolvimento emocional da criança. Deste modo, hipotetizou-se que a depressão materna está correlacionada negativamente com o desenvolvimento emocional da criança. Seguidamente, espera-se compreender o impacto da depressão materna na qualidade da relação mãe-criança, pelo que é esperado que a depressão materna condicione a qualidade da relação. Finalmente, pretende-se ainda averiguar e caracterizar as diferenças existentes ao nível da depressão materna no contexto de psicopatologia da criança e de perturbação da relação mãe-criança.

## 5. MÉTODO

### 5.1. Participantes

Neste estudo participaram 50 crianças e respectivas mães. As mães apresentavam idades compreendidas entre os 17 e os 58 anos ( $M = 34,40$ ;  $DP = 7,56$ ) e os filhos entre os 0 e os 5 anos ( $M = 3,6$ ;  $DP = 1,56$ ). A tabela 1 apresenta a distribuição das crianças por idade.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra de crianças por idade

Idade	N	%
0	5	10
2	4	8
3	11	22
4	11	22
5	19	38
<b>Total</b>	50	100

Foi utilizada uma amostragem não probabilística, mais especificamente, de conveniência de forma a incluir as crianças que frequentavam a consulta de Primeira Infância na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta com idades inferiores a 6 anos.

### 5.2. Instrumentos

#### Depressão materna

##### 5.2.1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

O *Inventário de Depressão de Beck* (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) é uma medida de auto-preenchimento com grande utilização a nível clínico e no contexto de investigação de depressão. Para a realização deste estudo, foi utilizado o *Inventário de Depressão de*

*Beck – II (BDI-II*, Beck, Steer & Brown, 1996), de forma a avaliar a sintomatologia depressiva das mães. Este inventário é constituído por 21 itens que permitem medir os níveis de depressão do sujeito, nas duas semanas que precedem o preenchimento do mesmo, a nível afectivo, comportamental, cognitivo, fisiológico e motivacional. Os itens encontram-se distribuídos e são avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos, na qual o zero reflecte a inexistência de sintomatologia e o três remete para a severidade da mesma. Aquando do somatório dos itens e, face à pontuação final obtida (varia entre 0 e 63), é possível aceder à severidade da sintomatologia depressiva sendo que valores mais elevados na pontuação final reflectem níveis mais graves de sintomatologia.

A *BDI-II* é um instrumento que apresenta boa consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach* varia entre 0.73 e 0.92) e validade e uma elevada correlação com outras medidas de avaliação da depressão (Beck, Steer & Garbin, 1988).

### **5.2.2. Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)**

O *Questionário de Experiências Depressivas (QED)*, foi desenvolvido por Blatt e os seus colegas (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976, 1979) de forma a medir os dois tipos de depressão, anaclítica ou de dependência e introjectiva ou de auto-criticismo. Tal como defendem Blatt, D’Afflitti e Quinlan (1976), poucas eram as investigações que se ocuparam do estudo da depressão tendo em conta a experiência subjectiva interna presente em sujeitos normais. Assim, defendem que apesar de ser pertinente estudar a gravidade dos sintomas é igualmente relevante ter em conta os aspectos subtis das experiências depressivas, pelo que construíram este questionário para esse efeito.

Este questionário, aquando da sua construção, pretendia avaliar as experiências depressivas em indivíduos normais. Com base numa revisão de literatura sobre a depressão, os autores construíram 150 afirmações que remetiam para as experiências descritas por indivíduos deprimidos no seu quotidiano, não representando obrigatoriamente sintomas manifestos de depressão. Deste conjunto de frases foram seleccionadas 66 frases por vários juizes, permanecendo as que melhor representavam experiências depressivas, independentemente do quadro teórico de referência (Blatt, 1990, cit. por Campos, 2000). Desta forma, o *QED* é constituído por 66 frases/itens que pretendem medir as experiências associadas à vivência depressiva, não sendo em si mesmas, consideradas sintomas clínicos de depressão. Os itens apresentados ao sujeito no questionário surgem numa escala de *Lickert* de 7 pontos na qual o 1

corresponde ao “*Discordo Totalmente*”, o 7 representa o “*Concordo Totalmente*” e o 4 remete para a indecisão da resposta, por parte do sujeito.

Os resultados obtidos são agrupados em três escalas. O factor I, foi designado de *Dependência* e os itens apresentados associados a este factor remetem para o exterior. Desta forma, este factor diz respeito às relações interpessoais e caracterizam preocupações por parte do sujeito com temas relacionados com o medo de ser abandonado ou rejeitado, de perder-se dos outros, sentir-se só e sem apoio e uma vontade de estar perto e depender dos outros. Outras preocupações também se encontram presentes como a preocupação com a possibilidade de magoar alguém, fazendo com que estas pessoas tenham dificuldade em expressar a sua raiva com medo de perder a gratificação do outro (Blatt & Shichman, 1983). O factor II, *Auto-Criticismo*, remete para uma dimensão interna associada a preocupações como a insegurança, insatisfação, sentimento de não corresponder às expectativas, desesperança, culpa e vazio interno. Estes sujeitos apresentam dificuldades em assumir determinadas responsabilidades, apresentam sentimentos de ambivalência face a si próprio e ao outro, tendem a assumir a culpa e a ser críticos em relação a si próprios, desvalorizando-se. O Factor III é denominado de *Eficácia* e contém itens que remetem para a confiança nas próprias capacidades e recursos, sentimento de possuir força interior, capacidade para assumir responsabilidades, sentimento de independência, orgulho e satisfação face às suas realizações. Os resultados elevados nesta escala remetem para indivíduos que possuem sentimento de realização pessoal e capacidade de orientação para objectivos.

Blatt e os seus colaboradores, aquando do estudo das tipologias auto-criticas e dependentes, enquadraram os sujeitos em 4 tipos de depressão, nomeadamente o tipo dependente, auto-critico, misto e não deprimido (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982). No que diz respeito ao tipo dependente, verifica-se a existência de valores elevados no factor 1 e baixos no 2 e 3. Quanto ao tipo auto-critico, neste os sujeitos apresentam resultados elevados no factor 2 e reduzidos no 1 e 3. A tipologia mista remete para sujeitos que apresentam valores elevados nos factores 1 e 2 e baixos no factor 3. O quarto tipo caracteriza sujeitos que não apresentam critérios de depressão, segundo o QED, apresentando valores baixos no factor 1 e 2 e elevados no factor 3.

Com base em vários estudos realizados e recorrendo a alguns procedimentos de análise, o factor Dependência demonstrou que era possível medir níveis distintos de desenvolvimento no que diz respeito às relações interpessoais. Assim, foi possível encontrar diferentes características, algumas protectoras e outras de maior vulnerabilidade no que diz respeito à depressão (Campos, Besser & Blatt, 2011). Distinguiu-se, desta forma, traços positivos e adaptativos dos mais imaturos, desadaptados e negativos. O primeiro sub-factor da Dependência, *Dependence* ou

*Neediness*, inclui questões relacionadas com o sentimento de desamparo, medo e apreensão face à possibilidade de separação ou rejeição e intensa preocupação e medo da perda de alguém. No entanto, este medo de perda não está associado a uma relação específica. O segundo sub-factor, *Relatedness* ou *Connectedness*, encontra-se associado ao sentimento de perda e solidão face ao rompimento de uma relação particular (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995).

Relativamente às propriedades métricas, a consistência interna das três escalas originais parece adequada, apresentando valores de  $\alpha$  de *Cronbach* moderados, entre 0.72 e 0.83, no estudo original (Blatt, D'Afflitti et al., 1979) e, entre 0.69 e 0.80, num estudo de replicação desenvolvido posteriormente (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). Relativamente à consistência interna dos sub-factores da Dependência, o sub-factor *Dependence* ou *Neediness* apresenta valores de  $\alpha$  de *Cronbach* entre 0.66 e 0.70 para as mulheres e entre 0.63 a 0.71 para os homens. Os valores do sub-factor *Relatedness* ou *Connectedness* variam entre 0.65 e 0.69, no caso das mulheres e entre 0.56 a 0.71 nos homens (Blatt, 2004). O estudo realizado para a adaptação do QED para a população portuguesa também apresenta um bom nível de consistência interna, com valores de  $\alpha$  de *Cronbach* que variam entre 0.70 e 0.82 (Campos, 2000).

#### Desenvolvimento da criança, psicopatologia e qualidade da relação pais-criança

### ***5.2.3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Childhood (DC:0-3)***

A *Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Perturbações do Desenvolvimento do Bebê e da Criança (DC: 0-3)* foi desenvolvido pelo *Zero to Three: National Center for Clinical Infant Programs* (NCCIP, 1994) e consiste num sistema multi-axial que contempla diversos factores através dos quais é possível caracterizar as perturbações relativas à saúde mental das crianças (primeira infância). Através deste sistema de classificação é possível fornecer orientações no que diz respeito à observação do funcionamento mental da criança. Este sistema multi-axial representa uma tentativa de complementar outros instrumentos de diagnóstico já existentes como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e o *International Classification of Diseases* (ICD). No entanto, o DC: 0-3 enfatiza questões bastantes pertinentes relativas ao desenvolvimento da criança, tendo em conta os factores que contribuem para os padrões de desenvolvimento

adaptativo e não adaptativo, procura compreender o significado das diferenças individuais apresentadas pelas crianças e valoriza o contexto relacional pais-criança.

A *DC: 0-3* é constituída por 5 eixos, nomeadamente o eixo 1 referente às perturbações clínicas, o eixo 2 à classificação da relação pais-criança, o eixo 3 às perturbações, condições médicas e de desenvolvimento, o eixo 4 aos stressores psicossociais e o eixo 5 ao nível de funcionamento emocional e social. Os eixos mais utilizados neste estudo são o eixo 1, 2 e 5. O primeiro diz respeito ao diagnóstico principal, baseando-se na vivência e sofrimento interno da criança. Este eixo inclui 7 diagnósticos nomeadamente a *Perturbação de Stress Pós-traumático*, *Perturbação do Afecto*, *Perturbação da Adaptação*, *Perturbações da Regulação do Processamento Sensorial*, *Perturbações do Comportamento do Sono*, *Perturbações do Comportamento Alimentar*, *Perturbações da Relação e da Comunicação*. O eixo 2 da *DC: 0-3* compreende a avaliação da qualidade da relação pais-criança. Mais especificamente, a avaliação do eixo 2 é realizada com base na *Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale* (PIR-GAS) e na *Relationship Problems Checklist* (RPCL). A avaliação da qualidade da relação pais-filhos, com base no PIR-GAS, é feita numa escala que varia desde 0-10 (*Maus Tratos/ Negligência*) a 91-100 (*Bem Adaptada*), sendo que valores PIR-GAS inferiores a 40 dão conta da existência de uma perturbação da relação (*Maus tratos/Negligência, Globalmente Desorganizada, Severamente Perturbada, Perturbada, Muito Afectada, Significativamente Alterada, Alterada, Adaptada, Bem Adaptada*). Relativamente à RPCL, esta permite igualmente caracterizar a qualidade da relação através de 7 categorias que reflectem diferentes tipos de comportamento e tonalidade afectiva da relação pais-criança (*Sobreenvolvida, Subenvolvida, Ansiosa/tensa, Zangada/Hostil, Abusiva Verbal, Abusiva Física, Abusiva Sexual*). O eixo 5, compreende o funcionamento social e emocional da criança no contexto de interacção com as principais figuras prestadoras de cuidados, tendo em conta as competências esperadas para a fase de desenvolvimento na qual a criança se encontra. Este eixo inclui diversos processos desenvolvimentais que se encontram inter-relacionados nomeadamente a experiência afectiva, interactiva, cognitiva, comunicativa, motora, sensorial e cognitiva. Existem várias capacidades ou níveis desenvolvimentais nomeadamente a *atenção mútua, envolvimento mútuo, intencionalidade interactiva e reciprocidade, comunicação representativa/ afectiva, elaboração representativa e diferenciação representativa I e II*. Em cada um destes níveis a criança recorre às suas capacidades adquiridas anteriormente de forma a alcançar melhores níveis de desenvolvimento, adquirindo assim, novas competências.

### **5.3. Procedimento**

Os instrumentos que avaliam o quadro depressivo materno foram aplicados às mães das crianças que frequentam a consulta de Primeira Infância na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta (HGO). Os instrumentos dirigidos às mães foram recolhidos de duas formas distintas. Alguns foram recolhidos no hospital aquando da ida da criança à unidade para a consulta enquanto outros foram recolhidos num local à escolha das participantes, devido à dificuldade das mães em conciliar os seus horários com o preenchimento dos questionários. No caso das recolhas que se realizaram fora do hospital, primeiro foi realizado um contacto telefónico no qual se explicou à mãe de forma sucinta o objectivo do estudo e a importância da sua participação e, posteriormente, agendou-se o local e a hora para o preenchimento dos questionários. Antes do preenchimento do consentimento informado era explicado o objectivo do estudo e esclarecidas todas as questões que surgissem relativamente à participação na investigação. Após os esclarecimentos necessários, foi entregue o consentimento informado e, posteriormente, os questionários a preencher pelas mesmas.

As crianças foram avaliadas com base no *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Childhood (DC: 0-3)*, tendo em conta os dados recolhidos ao longo das consultas com os pais e com criança, baseando-se, desta forma, a avaliação dos mesmos em consultas de observação da criança, da interacção pais-filhos, recolha dos dados anamnésicos incluindo ainda, na maioria de casos, avaliação psicológica. O preenchimento dos eixos foi realizado por dois técnicos experientes de forma a garantir uma maior fiabilidade ao nível do diagnóstico. A utilização deste instrumento também se baseia em dados recolhidos através de anamnese, de sessões de observação da criança, e ainda de sessões de avaliação (desenvolvimental, cognitiva ou projectiva).

## 6. RESULTADOS

De forma a testar as hipóteses em estudo, recorreu-se a uma metodologia quantitativa, utilizando-se para tal, o programa de análise estatística *SPSS*, versão 17, para a análise dos dados obtidos. A fim de melhor caracterizar a experiência depressiva materna, recorreu-se aos instrumentos construídos por Beck (Beck, Steer & Brown, 1996) e Blatt (Blatt, D' Afflitti & Quinlan, 1976, 1979). Seguidamente, serão apresentados os dados descritivos obtidos através destes dois instrumentos.

**Tabela 2:** Descrição dos resultados obtidos na *BDI*

Classificação	Sem depressão	Ligeira	Moderada	Severa	Total
N	8	10	14	18	50

Através da utilização dos critérios definidos por Beck (Beck, Steer & Brown, 1996), classificou-se os níveis depressivos das mães, tendo-se verificado que 74% das mães reúnem critérios para diagnóstico de depressão, pelo que apenas 8 das 50 mães não apresentam sintomatologia depressiva ou esta é expressa de forma muito reduzida. Com base nas tipologias e critérios fornecidos por Blatt e colaboradores (1982) apenas foi possível enquadrar a experiência depressiva de 23 mães nos mesmos. Assim, obtiveram-se os seguintes resultados:

**Tabela 3:** Descrição dos tipos de depressão através do *QED*

Tipos de Depressão	Dependente	Auto – Critico	Misto	Não Deprimido	Total
N	4	11	5	3	23

Das 23 mães, 11 apresentam uma tipologia depressiva auto-critica, 4 dependentes e 5 mista, sendo que 3 das mães não se encontram deprimidas. Apesar do reduzido número de mães

avaliadas através destes tipos de depressão, verifica-se uma maior prevalência de depressões de tipo auto-critico, em detrimento das restantes.

Seguidamente e, de forma a perceber se existe uma correlação entre as medidas de avaliação da depressão materna e os níveis de desenvolvimento da criança e a qualidade da relação mãe-criança, procedeu-se a uma análise de correlações, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

**Tabela 4:** Correlações entre a experiência depressiva da mãe, a qualidade da relação pais-criança (eixo 2) e o nível de desenvolvimento emocional da criança (eixo 5)

	Eixo II	Eixo V
<b>Auto-Criticismo</b>	,23	-,24
N	45	35
<b>Dependência</b>	-,17	,16
N	45	35
<b>Eficácia</b>	-,29	<b>,54**</b>
N	45	35
<b>Relatedness (mature)</b>	-, 17	<b>,36*</b>
N	45	35
<b>Dependence (immature)</b>	-,06	-,07
N	45	35
<b>Neediness</b>	,05	-,33
N	45	35
<b>Connectedness</b>	-,15	<b>,47**</b>
N	45	35
<b>BDI</b>	,00	-,20
N	45	35

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

Verificou-se a existência de uma correlação significativa e positiva entre a *eficácia* e o *nível de desenvolvimento do funcionamento emocional da criança*. Os factores *relatedness (mature)* e *connectedness* apresentam igualmente correlações significativas e positivas com esta medida. Encontrou-se ainda

uma tendência, apesar de não ser estatisticamente significativa, entre a *qualidade da relação mãe-criança* e a *eficácia da mãe*. As outras medidas que compõem a sintomatologia e experiência depressiva da mãe não se encontram correlacionados de forma significativa com o *nível de desenvolvimento do funcionamento emocional* nem com a *qualidade da relação pais-criança*. Assim, os factores *auto-criticismo*, *dependência*, bem como os valores obtidos na *BDI* não apresentaram correlações estatisticamente significativas com estas medidas. Similarmente, algumas das posteriores reformulações dos factores originais de Blatt (Blatt et al., 1995), nomeadamente a *dependence (immature)* e *neediness*, também não se encontram correlacionados de forma significativa com o eixo 2 e 5.

Seguidamente, e de forma a perceber se existe uma correlação entre as próprias medidas de avaliação da depressão materna, procedeu-se a uma análise de correlações, recorrendo-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

**Tabela 5:** Correlações entre as diversas medidas que avaliam a experiência depressiva das mães

	Auto - Criticismo	Dependência	Eficácia	BDI
Auto-Criticismo	1	-,09	-,14	,34*
Dependência		1	,45**	,03
Eficácia			1	-,21

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

O *auto-criticismo* encontra-se correlacionado de forma significativa e positiva com os resultados obtidos na *BDI* ( $r = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ) e verifica-se ainda uma correlação positiva significativa entre os factores *dependência* e *eficácia* ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,001$ ).

De forma a melhor caracterizar a associação entre as novas sub-dimensões do *QED*, procedeu-se novamente a uma análise correlacional.

**Tabela 6:** Correlações entre as novas medidas que avaliam a experiência depressiva das mães

	Relatedness (mature)	Dependence (immature)	Neediness	Connectedness
Relatedness (mature)	1	,73**	,52**	,85**
Dependence (immature)		1	,81**	,66**
Neediness			1	,32*
Connectedness				1

N=50

\* p< 0.05

\*\* p< 0.001

Através desta análise, é possível perceber que as novas categorias apresentam correlações muito fortes e significativas entre si, sendo apenas moderada e significativa a correlação entre as variáveis *connectedness* e *neediness*. Procedeu-se ainda ao estudo da associação das novas medidas do *QED* com os resultados obtidos na *BDI*, pelo que nenhuma das novas medidas do *QED* registou uma correlação significativa com a *BDI*.

**Tabela 7:** Correlações entre as novas medidas do *QED* e a *BDI*

	Relatedness (mature)	Dependence (immature)	Neediness	Connectedness
BDI	0,10	0,11	0,14	0,10

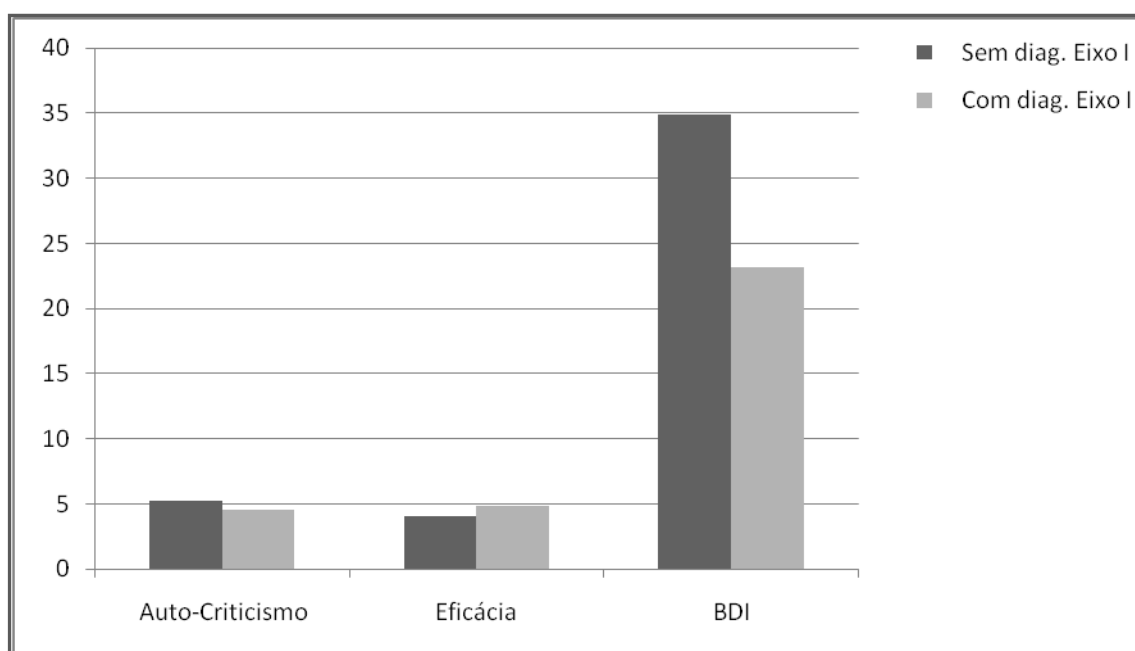
N= 50

De forma a examinar as diferenças ao nível das variáveis referentes à experiência depressiva materna em função do diagnóstico clínico (existência vs não existência) da criança realizou-se uma análise de variância (ANOVA *One Way*).

Verificou-se que apenas as médias referentes à *BDI*  $F(1,36)=5,86$ ,  $p<0.05$  e à *Eficácia*  $F(1,36)=6,56$ ,  $p<0.05$  são significativamente diferentes. Os resultados apontam para uma tendência ao nível do *auto-criticismo* consoante as crianças apresentam ou não diagnóstico no eixo 1,  $F(1,36)=3,91$ ,  $p=0.06$ .

Como se pode verificar na Figura 1, as mães do grupo sem diagnóstico do eixo 1 apresentam valores mais elevados de *auto-criticismo* e *BDI* e valores menos elevados na *eficácia*. Assim, existência (vs inexistência) de diagnóstico no eixo 1 parece ter impacto nos níveis de depressão da *BDI* e na *eficácia* das mães.

**Figura 1:** Médias das variáveis *auto-criticismo*, *eficácia* e *BDI*



A análise de variância realizada aos factores do *QED* e médias da *BDI* das mães em função do eixo de diagnóstico 2 não revelou diferenças significativas. Desta forma, os níveis do factor do *QED* e da *BDI* não apresentam um impacto significativo na *qualidade da relação pais-criança*.

Seguidamente, realizámos uma análise de variância de forma a perceber se existem diferenças significativas na *qualidade da relação mãe-filho* (eixo 2) e no *nível de desenvolvimento do funcionamento emocional da criança* (eixo 5) entre as mães que possuem diagnóstico de depressão, segundo a *BDI*. Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de depressão das mães, pelo que estes dados parecem indicar que os níveis de depressão avaliados através da *BDI* não apresentam um impacto significativo na avaliação da criança no que diz respeito ao eixo 2 e 5. De forma a analisar e caracterizar a relação mãe-criança bem como a existência de diagnóstico clínico na criança, no contexto de depressão materna procedeu-se a uma análise descritiva dos dados que apresentamos na tabela.

**Tabela 8:** Dados descritivos da relação entre os níveis de diagnóstico clínico das crianças cujas mães apresentam um diagnóstico de depressão segundo os critérios do *QED*

		Tipos de Depressão				Total
		Dependente	Auto-critico	Misto	Não deprimido	
Diagnóstico no Eixo I	Sem Diagnóstico	1	6	1	1	9
	Com Diagnóstico	3	3	3	1	10
	Diagnóstico diferido	0	0	1	0	1
Total		4	9	5	2	20

Como se pode verificar na tabela 8, 11 crianças apresentam diagnóstico no eixo 1 ou diagnóstico diferido (ou seja, têm diagnóstico mas que ainda não está definido). Verifica-se que 8 das crianças que não apresentam diagnóstico clínico, têm mães com diagnóstico de depressão (dependente, auto-critico e misto). Apesar do número reduzido de crianças contempladas nesta análise, os dados sugerem uma maior prevalência de crianças sem diagnóstico clínico perante mães com depressão auto-critica.

Seguidamente, realizou-se o mesmo procedimento de análise para o diagnóstico da qualidade da relação mãe-criança (eixo 2).

**Tabela 9:** Dados descritivos da relação entre os níveis de diagnóstico da relação mãe-criança e os tipos de depressão da mãe

		Tipos de Depressão				Total
		Dependente	Auto-critico	Misto	Não deprimido	
Diagnóstico no Eixo II	Sem Diagnóstico	2	1	0	0	3
	Com uma Tendência	2	3	2	0	7
	Com Diagnóstico	0	6	3	2	11
Total		4	10	5	2	21

Como está ilustrado na tabela 9, verificou-se que 3 crianças cujas mães apresentam um diagnóstico depressivo (segundo a tipologia do *QED*) não têm diagnóstico de perturbação da relação. No entanto, 11 crianças apresentam diagnóstico no eixo relacional e 7 apresentam uma tendência para apresentarem diagnóstico, o que significa que estas 18 crianças apresentam uma qualidade da relação inferior ao que seria desejado. Apesar da amostra reduzida de crianças utilizadas nesta análise, é possível encontrar uma “padrão” no que se refere aos resultados, visto que o maior número de diagnósticos e tendências face ao mesmo se situa nas crianças cujas mães apresentam uma tipologia de depressão auto-crítica (9 casos). Verifica-se ainda a existência de dois casos de crianças que apresentam perturbação no eixo 2 e que não possuem mães deprimidas.

Finalmente, na Tabela 10, procedeu-se a uma análise descritiva, de forma a perceber a concordância entre a avaliação efectuada pelos dois instrumentos que medem os níveis e a experiência depressiva materna.

**Tabela 10:** Comparação entre o *QED* e *BDI* enquanto medidas de avaliação da depressão

Tipos de Depressão QED	Níveis de Depressão BDI				Total
	Sem ou Depressão Mínima	Depressão Ligeira a Moderada	Depressão Moderada a Severa	Depressão Severa	
Dependente	1	0	2	1	4
Auto-crítico	0	1	3	7	11
Misto	1	0	1	3	5
Não deprimido	0	1	2	0	3
<b>Total</b>	2	2	8	11	23

Com base nestes dados, foi possível verificar que existem alguns aspectos concordantes e outros menos. Tendo em conta os 23 casos possíveis de análise através do *QED*, a grande maioria das mães que se enquadram nos três tipos de depressão proposto por Blatt (17 em 20),

apresentam níveis de depressão moderados e severos segundo a *BDI*. No entanto, existem algumas discrepâncias na avaliação da depressão das mães, pelo que segundo o *QED*, existem 3 mães que não apresentam nenhum tipo de depressão e, de acordo com os resultados obtidos na *BDI*, apresentam sintomatologia moderada (1 caso) e severa (2 casos). Contrariamente, também se verificou a existência de dois casos cuja pontuação da *BDI* remetem para um nível reduzido ou inexistente de depressão na mãe e, através do *QED*, o perfil destas mães insere-se nas tipologias depressivas (1 caso de depressão dependente e 1 misto).

## 7. DISCUSSÃO

A maioria das medidas clássicas de avaliação da depressão encontra-se direccionada para a avaliação dos sintomas associados a esta patologia, como é o caso da *BDI*. De um modo distinto, o *QED* foi desenvolvido de forma a permitir o estudo da continuidade entre a normalidade e a patologia depressiva, debruçando-se na experiência subjectiva. Assim, este questionário centra-se na fenomenologia, avaliando as experiências diárias comuns aos diversos quadros depressivos, desde os mais severos aos menos (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990), permitindo distinguir dois tipos de configuração de personalidade, o anaclítico e o introjectivo. A identificação destas duas polaridades constitui a base para estabelecer ligações entre os padrões de vinculação, o desenvolvimento da personalidade e a psicopatologia do adulto (Blatt & Levy, 2003).

Com base nos dados anteriormente apresentados, é possível verificar que um elevado número de mães apresentam sintomatologia depressiva, segundo os critérios da *BDI*. Das mães que configuram uma das tipologias avaliadas através do *QED*, a maioria apresentam critérios de depressão, havendo ainda uma elevada prevalência de mães que se inserem numa das tipologias avaliadas através do *QED* e apresentam níveis moderados e severos de acordo com a avaliação realizada pela *BDI*. Assim, e como é possível observar, existe uma elevada frequência de mães com depressão e com elevados níveis de severidade. Perante este resultado, torna-se pertinente pensar no impacto do quadro depressivo na criança.

Apesar da existência de um elevado número de investigações que se centra no estudo da dimensão introjectiva e anaclítica, poucos são aquelas que se ocupam do estudo destas dimensões com mães e crianças, tal como referem Beebe et al. (2007). No entanto, antes de abordar estes resultados, torna-se importante caracterizar a experiência depressiva, de forma a melhor compreender o funcionamento destas mães.

De acordo com Blatt e Shichman (1983), o desenvolvimento normal envolve a interacção complexa de duas linhas desenvolvimentais, nomeadamente o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, recíprocas, maduras e duradouras e o desenvolvimento de uma identidade consolidada, diferenciada, positiva e estável. Desta forma, estas tarefas devem evoluir mutuamente num processo dialéctico, pelo que não deve existir uma preocupação ou ênfase excessiva em nenhuma das duas dimensões por parte do sujeito. Assim, a integração bem sucedida destas duas tarefas desenvolvimentais é o protótipo da saúde mental do sujeito sendo que a ênfase numa das tarefas marca a perturbação no processo de desenvolvimento do sujeito e a existência de psicopatologia.

Apesar do reduzido número de mães que configuram uma das tipologias de depressão avaliadas pelo *QED*, é possível encontrar uma tendência no que diz respeito ao predomínio da tipologia auto-crítica, em detrimento das restantes. Tal resultado torna-se importante de referir uma vez que os indivíduos auto-críticos diferem grandemente nas suas características dos indivíduos dependentes, no que diz respeito à utilização de mecanismos de defesa, estilo de vinculação, cognições e ainda ao nível dos estilos de regulação de afecto (Blatt, 2004). As mães com uma tipologia auto-crítica apresentam mais preocupações na área da auto-definição e na realização pessoal. As suas principais preocupações estão direccionadas para as questões identitárias pelo que as relações interpessoais que estabelecem são condicionadas pelas preocupações nesta linha desenvolvimental (Blatt & Shichman, 1983). Os resultados obtidos neste estudo apontam numa direcção diferente dos estudos realizados por Blatt. Segundo este, as mulheres tendem a enfatizar as questões associadas às relações interpessoais em detrimento das questões de auto-definição, sendo os homens quem tende a enfatizar as questões da auto-definição (Blatt et al., 1995). Contrariamente ao descrito pelo autor, verificou-se o predomínio da tipologia auto-crítica numa amostra feminina. O auto-criticismo constitui uma das dimensões de vulnerabilidade para o sujeito, visto que estes indivíduos tendem a apresentar padrões e ideais muito elevados e pouco realistas e têm um *super-ego* rígido, o que os torna pouco tolerantes no que diz respeito à aceitação das suas limitações e erros. Apresentam preocupações e medos face à não aprovação e aceitação do outro, o que faz com que as relações interpessoais que estabelecem sejam difíceis de gerir devido aos seus sentimentos contraditórios face às mesmas (Blatt, 1974; Blatt & Shichman, 1983). Assim, perante o seu elevado nível de perfeccionismo e aquando de acontecimentos de vida stressantes, estes indivíduos estão particularmente vulneráveis a experienciar depressão (Hawley, Zuroff, Ho & Blatt, 2006). Tal como defende Blatt (1974), o elevado nível de perfeccionismo auto-crítico tem por base a existência de representações punitivas do *self*, do outro e das relações. Desta forma, estes indivíduos tendem a falhar no estabelecimento de interacções positivas e, conseqüentemente, a lidar com os seus sentimentos depressivos (Shahar, Blatt & Zuroff, 2007). Segundo estes autores, apesar da vulnerabilidade central destes indivíduos remeter para as relações interpessoais, o efeito do perfeccionismo pode ser menos severo na presença de relações positivas e com suporte, uma vez que este tipo de relações positivas pode permitir ao indivíduo reduzir ou atenuar os efeitos das representações negativas e dos efeitos depressivos associados às relações interpessoais. Deste modo, estas novas relações podem permitir ao indivíduo sentir que é respeitado e que é importante. Além disto e, face à existência de relações interpessoais com suporte, as representações relacionais negativas podem ser atenuadas, pelo que a sua presença pode reduzir o impacto do perfeccionismo (em

sujeitos que apresentem até níveis moderados). Deste modo e, tal como defendem Shahar, Blatt e Zuroff (2007), estas relações podem ter um carácter positivo por diversos motivos. Por um lado, estas relações com suporte põem em causa as representações negativas o que permite a estes sujeitos estabelecerem um sentido de *self*, dos outros e das relações mais positivo, tal como referido anteriormente. Por outro lado, com este tipo de relações mais estáveis e construtivas, é possível que o sujeito active representações positivas sobre outras relações, podendo assim, reduzir o impacto dos efeitos depressivos causados pelas representações negativas das relações.

Relativamente às correlações existentes com as medidas do *QED*, é possível verificar que os resultados deste estudo apontam no mesmo sentido do que se encontra descrito na literatura. O auto-criticismo é o factor que apresenta correlações mais fortes com outras medidas de avaliação de depressão, como é o caso do *Inventário de Depressão de Beck*, em detrimento das correlações obtidas com o factor dependência que tende a apresentar correlações moderadas (Blatt et al., 1982, 1995). Assim, obteve-se uma correlação significativa e positiva entre o *auto-criticismo* e a *BDI*, valores aproximados aos obtidos por Blatt e seus colaboradores (Blatt et al., 1982). De acordo com o estudo realizado por Shahar, Blatt, Zuroff, Kuperminc e Leadbeater (2007), foi encontrada a existência de uma causalidade recíproca entre o auto-criticismo e a depressão numa população feminina. Estes dados dão conta da vulnerabilidade associada ao auto-criticismo enquanto factor de vulnerabilidade para o sujeito, visto que é influenciado pelos sintomas. Mais especificamente, verificou-se que a sintomatologia depressiva e este factor surgem num ciclo vicioso. Existe uma tendência por parte destes sujeitos para estabelecerem elevados padrões e para adaptar uma postura punitiva quando os objectivos não são alcançados tornando-os, deste modo, vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Consequentemente, esta tendência para experienciar sintomatologia depressiva potencia a sua postura auto-critica. Deste modo, estes autores mencionam a existência de diversos mecanismos cognitivos e interpessoais que parecem estar associados. Por um lado, os mecanismos cognitivos parecem mediar o efeito da sintomatologia no nível de auto-criticismo do sujeito. Por outro lado, a sintomatologia depressiva tem consequências a nível funcional podendo afectar, por exemplo, o rendimento profissional ou escolar do sujeito o que consequentemente, contribui para o aumento dos níveis de auto-criticismo do mesmo. E por fim, a sintomatologia depressiva influencia o auto-criticismo através dos mecanismos interpessoais, uma vez que os confrontos e as rejeições por parte dos outros, frequentemente causados pela sintomatologia depressiva, podem diminuir a auto-confiança do sujeito relativamente às suas competências interpessoais aumentando, desta forma, os níveis de auto-criticismo do próprio.

No que respeita aos valores obtidos nas correlações entre o factor dependência e a *BDI*, não existem correlações significativas, resultado que já era esperado devido às correlações mais fracas que têm sido descritas noutros estudos realizados com este factor (Blatt et al., 1995). Tal resultado poderá dever-se ao facto desta dimensão avaliar diferentes formas de relacionamento interpessoal, desde níveis de maior dependência a níveis de maior mutualidade, reciprocidade e interdependência ao nível das relações (Blatt et al., 1995). Além deste aspecto, medidas como a *BDI* avaliam essencialmente a dimensão auto-critica da depressão, sendo a dependência a dimensão menos avaliada através deste tipo de instrumentos (Blatt, 2004). Tal facto, permitirá também explicar as baixas correlações reportadas nalgumas investigações e, a inexistência de correlações com a *BDI* neste estudo, especialmente se tivermos em conta que os níveis de dependência das mães que participaram nesta investigação, são relativamente reduzidos devido ao predomínio do estilo auto-critico.

No que diz respeito às correlações realizadas com os novos sub-factores da dependência, estas vão ao encontro dos resultados sugeridos por Blatt. Mais especificamente, Blatt e os seus colaboradores (1995) descrevem fortes correlações entre os sub-factores no caso da amostra feminina. Também nesta investigação, as novas sub-categorias da dependência apresentam resultados fortes ao nível das correlações, à excepção da correlação entre *connectedness* e *neediness* que apresenta uma correlação moderada. As correlações mais fortes foram registadas entre os factores *relatedness* e *connectedness* e entre *dependence* e *neediness*. Tais resultados parecem remeter para o facto dos sub-factores *relatedness* e *connectedness* avaliarem níveis semelhantes no que diz respeito ao desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais, mais especificamente, níveis mais adaptativos e positivos do mesmo. Similarmente, os sub-factores *dependence* e *neediness* parecem estar em concordância uma vez que ambos avaliam traços mais imaturos das relações interpessoais, o que parece justificar as fortes correlações encontradas entre os mesmos. É ainda descrita a existência de correlações destes novos sub-factores da dependência com as medidas de avaliação da depressão, como a *BDI* (Blatt et al, 1995, Blatt, 2004) e, nesta investigação, os resultados não apontam neste sentido, não tendo sido encontradas correlações significativas com nenhuma destas medidas. Este resultado poderá ser explicado pelo facto do *factor dependência* ser a dimensão mais “esquecida” pelas metodologias baseadas na avaliação de sintomas da depressão. Ainda relativamente aos sub-factores da dependência, e tal como defende Blatt (2004), o sub-factor *neediness* é a dimensão que apresenta melhores correlações com outras medidas de depressão, especialmente quando comparado com a sub-escala *relatedness*. Além destes resultados, o sub-factor *neediness* apresenta ainda melhores correlações com medidas de depressão quando comparada com o próprio factor dependência. Tais resultados também podem ser verificados

neste estudo, apesar de nenhum dos valores das correlações serem estatisticamente significativos. No entanto, verifica-se que é o factor *neediness* o que apresenta um valor mais elevado quando comparado com os outros sub-factores bem como com o próprio factor dependência.

No que diz respeito ao impacto da depressão materna no desenvolvimento emocional da criança, a hipótese colocada confirma-se. A depressão materna mostrou estar associada ao desenvolvimento emocional da criança, tendo-se verificado a existência de uma correlação significativa e positiva entre a *eficácia* da mãe e o desenvolvimento emocional da criança. Também os sub-factores *relatedness* e *connectedness* se encontram significativamente e positivamente correlacionados com esta variável. Estes resultados são concordantes com a caracterização destas dimensões que tem sido feita por Blatt. Estas três dimensões são descritas como tendo um carácter mais adaptativo e um nível de desenvolvimento superior. Tal como defendem Besser e Priel (2005), a *eficácia* compreende um sentido de responsabilidade, força interior, sentimento de independência e ainda orgulho e satisfação face às realizações alcançadas, sem uma exagerada competição (Blatt & Zuroff, 1992), pelo que é uma dimensão que avalia a resiliência e formas mais adaptadas de autonomia. *Relatedness* e *connectedness* também são descritas como sendo os sub-factores da dependência que avaliam níveis mais evoluídos das relações interpessoais, caracterizados por relações interpessoais mais maduras, recíprocas e marcadas pela preocupação com o outro significativo (Blatt et al., 1995). À excepção da dependência, as restantes correlações, apesar de não serem significativas, são negativas o que parece indicar que estas variáveis têm um impacto negativo no nível de desenvolvimento emocional da criança. Assim, tanto a severidade da depressão (avaliada através da *BDI*) como o auto-criticismo, *dependence* e *neediness* influenciam negativamente o desenvolvimento da criança. Num estudo realizado por Besser e Priel (2005), o auto-criticismo e o sub-factor *neediness* foram considerados como factores de vulnerabilidade. Tal como é abordado por Blatt e seus colaboradores (1995), os sub-factores da dependência, *neediness* e *dependence*, reflectem formas mais imaturas e negativas de desenvolvimento no que concerne às relações interpessoais pelo que também neste estudo, parecem estar associados a factores de vulnerabilidade face ao desenvolvimento emocional da criança.

Crianças cujas mães se encontram deprimidas apresentam riscos elevados ao longo do seu processo de desenvolvimento, pelo que a depressão tende a afectar o funcionamento emocional, cognitivo e social da criança (Downey e Coyne, 1990). Consequentemente, apresentam um elevado risco de desenvolverem problemas de comportamento e psicopatologia (Cummings & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999). Além disto, importa salientar que crianças com mães deprimidas experienciam ambientes e situações de vida mais stressantes quando comparadas com crianças cujas mães não se encontram deprimidas. Existem ainda diferenças na qualidade da

prestação de cuidados e no estilo parental entre indivíduos dependentes e auto-críticos (Ikhlas & Bart, 2010), pelo que a excessiva preocupação com a auto-definição e com as relações interpessoais condiciona a qualidade da prestação de cuidados à criança (Beebe et al., 2007). Apesar de não terem sido reportadas correlações significativas nesta análise e de não ser possível confirmar a nossa hipótese relativamente ao impacto da depressão materna na diminuição da qualidade da relação mãe-criança, existe uma tendência entre a qualidade da relação mãe-criança e a eficácia da mãe. Estes dados permitem pensar relativamente ao contributo da variável eficácia enquanto factor protector face à qualidade da relação mãe-criança e enquanto “amortecedor” do impacto da dependência e do auto-criticismo. Tal facto, demonstra que apesar destas mães serem vulneráveis, podem alcançar um sentimento de eficácia, capaz de atenuar o impacto dos traços de personalidade dependentes e auto-críticos (Shahar, Gallagher & Blatt, 2004). Destaca-se ainda a existência de outras correlações negativas embora não significativas com a qualidade da relação mãe-criança, nomeadamente ao nível da dependência, *relatedness* e *connectedness*. Estas dimensões apresentam uma influência positiva na qualidade da relação mãe-criança, pelo que poderão surgir como factores protectores da qualidade da relação. São necessários mais estudos, recorrendo a outras metodologias de avaliação de forma a responder a esta hipótese, uma vez que se sabe que a dependência e o auto-criticismo têm impacto na qualidade do ambiente proporcionado ao outro (Blatt, 1974). Tal como defendem Thompson e Zuroff (1998), tanto as mães auto-criticas como as dependentes recorrem ao controlo como forma de pressão face ao seu filho, no entanto, as mães dependentes utilizam-no como forma de garantir a proximidade física e psicológica dos seus filhos enquanto que as auto-criticas oferecem menos suporte por estarem centradas nas suas próprias tarefas e realizações pessoais (Ikhlas & Bart, 2010). Consequentemente, tanto os indivíduos auto-críticos como os dependentes percebem os seus pais enquanto figuras intrusivas e controladoras. Não obstante, apenas os indivíduos auto-críticos consideram os seus pais não envolvidos e com falta de capacidade de resposta. Também neste sentido, Blatt e Homann (1982, cit. por Ikhlas & Bart, 2010) referem que o auto-criticismo está associado à existência de pais distantes e frios enquanto que a dependência remete para a existência de inconsistências e imprevisibilidade no que diz respeito às figuras parentais.

Procurou-se ainda a compreender as diferenças ao nível da depressão materna face à existência de psicopatologia na criança e de perturbação na qualidade da relação mãe-criança. Relativamente à psicopatologia da criança, algumas das crianças apresentam diagnóstico clínico, ou seja, parecem apresentar fragilidades individuais de base. Pode-se assim hipotetizar que o contexto de depressão materna será mais um factor de vulnerabilidade, podendo potenciar as suas próprias dificuldades. Por outro lado, existem crianças que não apresentam psicopatologia,

mesmo tendo mães deprimidas. Estes resultados permitem pensar na importância da presença de factores protectores e na resiliência destas crianças. Estes resultados permitem ainda reflectir sobre os diversos factores que devem ser considerados numa investigação com crianças uma vez que estes podem condicionar o aparecimento de psicopatologia. Torna-se assim importante ter em conta, tal como defende Sameroff e Fiese (2000, cit. por Evagelista e McLellan, 2004), as características inatas da criança, o ambiente onde esta se encontra inserida e ainda a interface entre as características inatas e os factores ambientais. Tal como defendem Evagelista e McLellan (2004), os padrões adaptativos associados ao desenvolvimento bem como os padrões desadaptados que dão origem à psicopatologia, são o resultado das trocas que ocorrem ao longo das interacções. Desta forma, o desenvolvimento deve ser considerado um processo bidireccional no qual as características individuais da criança (eg.: factores biológicos e temperamento) tanto influenciam como são influenciados pelos factores do contexto (eg.: características parentais).

Quanto à qualidade da relação mãe-criança, verificou-se que algumas crianças não apresentam diagnóstico de perturbação da relação, mesmo tendo mães deprimidas. Tais resultados também permitem pensar na influência de outras variáveis que não foram contempladas e avaliadas nesta investigação e que possivelmente actuam como protectoras da relação mãe-criança. Por exemplo, a existência de suporte social pode ter um importante contributo na qualidade da relação, tal como defendem Goodman e Gotlib (1999). Por outro lado, podem existir problemas/dificuldades na interacção que não apresentem critérios de diagnóstico de perturbação da relação mas que requerem uma intervenção clínica. Tal como referem Goodman e Brand (2009), num contexto adverso, como é o caso da depressão materna, tanto as situações de menor duração como as de carácter crónico e duradouro contribuem, de forma significativa, para a existência de dificuldades na relação mãe-criança.

Nesta investigação, o número de crianças que apresentam uma qualidade da relação inferior ao que seria esperado é elevado. Este resultado pode dever-se ao facto destas crianças se encontrarem referenciadas à consulta de primeira infância o que reflecte a existência de situações familiares cujo nível de stress é elevado (Mothander & Moe, 2010). Normalmente, a depressão materna é acompanhada por outro tipo de situações indutoras de stress que podem contribuir para a existência de dificuldades relacionais (Goodman & Brand, 2009). Estes dados enfatizam a importância da existência de intervenções direccionadas de forma a apoiar e promover a melhoria da qualidade da interacção entre a díade mãe-criança uma vez que a existência de uma relação de qualidade com a figura significativa é fundamental para o desenvolvimento psico-afectivo da criança. Tal como referem Behrends e Blatt (1985), as necessidades da criança incluem, não apenas as necessidades físicas como alimentação e protecção, mas também a existência de um

nível de estimulação e atenção que apenas é possível durante a relação com a figura prestadora de cuidados. A mãe suficientemente boa é essencial para o processo de desenvolvimento da criança uma vez que esta é capaz de se adaptar activamente ao crescimento e à aquisição de competências do filho, acompanhado as suas aquisições e tolerando o resultado das experiências frustrantes da criança (Winnicott, 1953).

Além disso, e tal como referem Blatt e Blass (1996), é com base nas repetidas interações com os principais prestadores de cuidados, que as crianças constroem e desenvolvem esquemas cognitivo-afectivos do *self* e dos outros, que lhe servem de guias heurísticos para as futuras relações e que lhe permitem desenvolver expectativas face ao outro. Assim, experiências afectivas, consistentes e positivas entre a criança e a figura a que se encontra vinculada, resultam em *modelos internos dinâmicos* das figuras de vinculação integrados e diferenciados. Face a flutuações significativas e inconsistências na interacção com estas figuras, podem surgir representações menos diferenciadas, e integradas, havendo uma necessidade de estabelecer um sentimento de segurança de uma forma distorcida. Desta forma, crianças cujas necessidades são essencialmente inconsistentes e não securizantes, podem desenvolver um conceito de *self* enquanto não merecedor de atenção e como incapaz de influenciar o comportamento dos outros, tendendo a ver o outro como uma figura inacessível e não responsiva. Contrariamente, crianças cujas necessidades são satisfeitas de forma afectiva e com suporte, tendem a considerar os outros como confiáveis e seguros e consideram-se competentes e dignos de amor. Desta forma, é possível observar o impacto determinante da existência de uma relação mãe-criança de “boa qualidade” uma vez que esta é determinante ao longo do processo do desenvolvimento da criança e é um importante protótipo para as relações que a criança estabelecer.

Torna-se assim, necessário pensar na prevenção primária, tendo em conta o número de crianças que têm uma relação com a sua mãe de qualidade inferior ao desejável e nas repercussões que estas acarretam para a criança. Beebe e seus colaboradores (2007), aquando da sua investigação relativa às diferenças nos padrões de comunicação mãe-criança entre mães dependentes e auto-criticas, verificaram que, além destas configurações influenciarem de forma diferente a interacção, as mães que tinham sido identificadas como sendo vulneráveis às 6 semanas após o parto, tendem a manter dificuldades na comunicação aos 4 meses. Deste modo, as mães auto-criticas podem ser ajudadas e alertadas de forma a atribuírem maior atenção à importância da existência de ciclos de interacção e interrupções com o seu filho, permitindo ao clínico trabalhar as representações da mãe relativas à interacção, nomeadamente o seu sentimento de inadequação quando a criança não olha para a mãe. Contrariamente, mães dependentes podem ser auxiliadas de forma a serem menos sensíveis nos momentos em que a criança desvia o olhar e

mais confiantes de que a criança vai voltar a olhar para si. Neste caso, o técnico poderá securizar a mãe relativamente ao seu sentimento de vazio e trabalhar a sua intensa necessidade de envolvimento com a criança (Beebe et al., 2007). A intervenção com estas mães é fundamental, por um lado devido à importância de tentar restabelecer a integração das duas linhas desenvolvimentais e, por outro, devido ao impacto que estes tipos de organização acarretam para as relações que as mães estabelecem com os seus próprios filhos. Tal como defende Blatt (1974), a auto-definição e as relações interpessoais desenvolvem-se com base na relação precoce mãe-criança, pelo que uma prestação de cuidados negativa (inconsistente, negligente, rígida, punitiva) contribui para o desenvolvimento de vulnerabilidades ao nível da depressão por parte do sujeito. Assim, uma intervenção direccionada à mãe terá conseqüentemente, importantes repercussões no desenvolvimento da própria criança, devido ao facto de esta se encontrar susceptível à transmissão de modelos relacionais por parte da mãe. Além disto, os padrões de vinculação insegura propostos por Bowlby parecem estar associados ao trabalho desenvolvido por Blatt no que diz respeito ao tipo de personalidade dependente e auto-critico. São vários os estudos que indicam que a vinculação ambivalente/preocupada está associada ao tipo de depressão dependente e a vinculação evitante está associado ao tipo de personalidade auto-critico (Levy & Blatt, 1999). Seria interessante que estudos futuros se debruçassem no estudo da vinculação de crianças cujas mães apresentam uma tipologia anaclítica e introjectiva.

Outro aspecto importante relativamente a este tipo de depressão, diz respeito aos resultados encontrados por Besser e Priel (2005). Segundo estes autores, a dependência e o auto-criticismo foram a base para a relação entre a vinculação insegura e a depressão ao longo de 3 gerações. Assim, a intergeracionalidade torna-se uma temática pertinente, especialmente se pensarmos que a criança tende a repetir e interiorizar os padrões e comportamentos da figura a que se encontra vinculada, uma vez que a relação precoce é um importante protótipo das relações futuras que a criança irá estabelecer. Desta forma, este será um factor de risco que deverá ter-se em conta face ao processo de desenvolvimento da criança.

Por outro lado, verificou-se a existência de crianças com perturbação da relação mesmo quando as suas mães não apresentam patologia depressiva, o que permite pensar na multiplicidade de factores que influenciam a relação quer do ponto de vista da mãe quer da criança e que não foram avaliados nesta investigação, visto que a interacção tem repercussões em ambos. Deste modo, a compreensão do fenómeno da saúde mental deve constituir uma abordagem integrada com base na concepção bio-psico-social (Zero to Three, 1994, cit. por Guédény et al., 2003).

No que diz respeito aos instrumentos de avaliação da depressão materna, foi possível verificar a existência de discrepâncias na sua avaliação. Mais especificamente, algumas das mães que apresentavam critérios de depressão de acordo com o *QED* não o faziam segundo a *BDI* e vice versa. Apesar das correlações sugeridas na literatura entre as dimensões do *QED* e outras medidas de avaliação da depressão, como é o caso da *BDI*, parecem existir diferenças na sua avaliação. Tais dados parecem remeter para o facto destes instrumentos avaliarem dimensões distintas, pelo que o factor dependência é o menos avaliado através dos questionários direccionados para a avaliação de sintomas (Blatt, 2004). Ainda relativamente aos instrumentos de avaliação da depressão materna, é de notar que se recorreu a medidas de auto-preenchimento. Estas constituem a principal componente de avaliação dos níveis de stress das mães no que diz respeito aos estudos relativos ao desenvolvimento infantil (Beebe et al., 2007). No entanto, estas escalas são vulneráveis aos mecanismos de negação por parte destas, pelo que baixos resultados podem efectivamente indicar ausência de níveis de stress enquanto que outros podem remeter para a utilização de mecanismos de negação, enquanto tentativa de camuflar o seu nível de stress e negar as dificuldades existentes. Desta forma, torna-se importante utilizar outras medidas que permitam a comparação de resultados, de modo a garantir que a interpretação dos baixos resultados corresponde aos verdadeiros níveis de stress das mães (Beebe et al., 2007).

A utilização de instrumentos de avaliação de personalidade como o *QED*, permite aceder a diferentes significados da experiência e das interacções do sujeito, pelo que esta abordagem oferece dados mais específicos que permitem criar intervenções mais adequadas para as necessidades de cada indivíduo. Assim, seria interessante criar diferentes intervenções com as mães que participaram na investigação.

No entanto, uma das limitações com que esta investigação se deparou foi com o facto da análise do *QED* não abranger todos os participantes da investigação. Apesar de ter sido possível caracterizar os níveis de depressão de cada mãe, não foi possível enquadrá-los nas tipologias de depressão por não corresponderem aos critérios definidos por Blatt (Blatt et al., 1982). Tal facto, reduziu ainda mais a amostra, pelo que esse é um dos aspectos que condicionou esta investigação. Em investigações futuras, será pertinente aumentar a dimensão da amostra para que os resultados possam ter mais expressão estatística. Além disso, a amostra de mães que participaram nesta investigação não é representativa do amplo intervalo de mães que apresentam esta patologia, pelo que estes resultados não podem ser representativos da população de mães com depressão. Seria ainda pertinente poder (re)avaliar estas mães em momentos posteriores de forma a poder avaliar a sua vulnerabilidade, uma vez que se verificou que as dificuldades relacionais mãe-criança e a vulnerabilidade da mãe se mantêm ao longo do tempo (eg.: Beebe et al., 2007). Assim,

investigações futuras deveriam ocupar-se do estudo da relação mãe-criança no contexto de depressão materna, tendo em conta a utilização do *Questionário de Experiências Depressivas*, devido ao grande contributo que este traz para a compreensão da depressão. Poucos são os estudos que se centraram no estudo da relação mãe-criança no contexto de depressão materna. Neste sentido, este estudo procurou melhor compreender a patologia depressiva bem como o impacto da depressão materna na criança e na relação mãe-criança.

No que diz respeito aos diagnósticos das crianças, estes basearam-se nos critérios diagnósticos da *DC: 0-3* e foram realizados por técnicos treinados e experientes, pertencentes à equipa técnica da unidade de pedopsiquiatria. Esta abordagem pretende oferecer um retrato da avaliação clínica na infância tentando alcançar a complexidade do desenvolvimento emocional da criança bem como as múltiplas influências que determinam os sintomas da mesma (Guédeney et al., 2003; Maldonado-Durán et al., 2003). Esta metodologia permite reflectir não só sobre as características individuais da criança mas também sobre a sua relação com os prestadores de cuidados e, conseqüentemente, sobre as vulnerabilidades da criança, permitindo avaliar a necessidade de intervenção precoce (Maldonado-Durán, 2003). Esta metodologia de avaliação torna-se mais completa aquando do uso complementar dos vários eixos que a constituem, uma vez que através da análise conjunta dos eixos será possível pensar de forma mais completa nos sintomas apresentados pela criança e enquadrá-los na sua história de vida, de modo a perceber a influência dos factores constitucionais, ambientais e relacionais (Guédeney et al., 2003). Tal como refere Maldonado-Durán (2003), este instrumento não deve ser utilizado como um mero sistema de classificação de forma rígida e estagnada. Apesar da sua importância no que diz respeito à classificação diagnóstica na primeira infância, a avaliação das crianças poderia ter sido complementada através da utilização de outros tipo de instrumentos, nomeadamente, testes de desenvolvimento, inteligência e ainda através da utilização de metodologia projectiva e outras medidas de avaliação. No entanto, a heterogeneidade de idades da amostra não permitiria o uso adequado destas metodologias para algumas das crianças que participaram nesta investigação. A heterogeneidade da idade das crianças também constitui uma limitação neste trabalho, especialmente devido ao reduzido número de crianças em determinadas faixas etárias.

Devido à grande complexidade associada à patologia depressiva e à própria relação mãe-criança, muitas outras variáveis e outras metodologias seriam importantes de ter em conta o que será pertinente de contemplar em investigações futuras. Assim, seria positivo incluir diversas variáveis e averiguar a sua influência de uma forma conjunta e integrada uma vez que, isoladamente, cada variável não permite compreender os múltiplos efeitos associados à depressão materna. Apesar deste estudo ter pretendido averiguar o impacto da depressão materna na

criança, seria igualmente interessante avaliar o contributo da criança na depressão materna e no próprio funcionamento da díade. Por exemplo, mães cujos bebés apresentam maiores dificuldades ao nível da sua auto-regulação reportam mais sintomatologia depressiva (Beebe et al., 2007). Deste modo, os efeitos bi-direccionais seriam contemplados e a depressão materna seria avaliada enquanto processo transaccional, permitindo assim, avaliar os efeitos interactivos.

Outro aspecto que não foi tido em conta neste estudo diz respeito à fase em que cada mãe se encontra uma vez que nesta amostra existiam mães que já tinham tido experiência de maternidade enquanto que outras, era a primeira vez. Provavelmente, pais inexperientes tendem a reportar maiores níveis de ansiedade. Além disso, algumas mães foram avaliadas no período pós-parto em detrimento de outras que já tinham filhos com maior idade, o que constitui uma variável que não foi avaliada. Tal avaliação teria sido importante uma vez que se sabe que a transição para a maternidade é uma fase de extrema importância e de complexas mudanças, pelo que estas podem gerar diversos conflitos e momentos de elevado stress bem como sentimentos de ambivalência associados à redefinição do *self* (Besser, Vliegen, Luyten & Blatt, 2008). Deste modo, e face a estas mudanças, a mulher depara-se com a necessidade de reorganizar aspectos conscientes e inconscientes na sua representação de si e do outro, que podem reactivar experiências não processadas. Tal como defendem Fonagy, Gergely e Target (2007), as experiências precoces de vinculação da mãe e a sua percepção face aos seus próprios prestadores de cuidados influenciam a vinculação desta ao seu filho, pelo que a sua interacção com o filho também é influenciada pelas representações desta face aos seus próprios prestadores de cuidados, especialmente, as relativas à sua mãe. Assim, a diferente fase em que as mães se encontram também poderá constituir um aspecto a ter em conta em investigações futuras. Também será pertinente avaliar o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra, de forma a perceber o papel de várias variáveis na perturbação do desenvolvimento da criança bem como as consequências cumulativas para as fases de desenvolvimento posterior.

Será igualmente pertinente alargar este estudo a outros membros da família, como por exemplo ao pai ou o companheiro, de modo a permitir uma compreensão mais alargada do funcionamento mental de ambas as figuras prestadoras de cuidados. Estudos futuros devem ter em conta estas e outras variáveis, de forma a melhor controlar a sua influência, especialmente se tivermos em conta que a depressão e outras formas de psicopatologia, derivam da interacção dos factores genéticos e psicossociais pelo que estes exercem uma importância influencia na saúde mental do sujeito.

Apesar das limitações anteriormente apontadas, este estudo permitiu estudar de forma mais aprofundada a depressão materna bem como as suas repercussões no desenvolvimento

emocional da criança e na relação mãe-criança. Foi possível encontrar pistas e algumas características que nos poderão ajudar a reflectir relativamente à necessidade de intervenções individualizadas bem como outras formas de ajudar a melhorar a qualidade da relação mãe-filho, o próprio bem-estar da mãe e, conseqüentemente, o desenvolvimento equilibrado da criança. Também foi possível compreender melhor o fenómeno da depressão, à luz da teoria de Blatt, o que possibilitou a caracterização e compreensão da experiência subjectiva destas mulheres. Conseqüentemente, acedeu-se aos principais temas e questões que lhes causam sofrimento, sendo que estes dados são de extrema importância no que diz respeito à possibilidade de trabalhar estas questões num *setting* adequado. A intervenção com estas mães torna-se uma necessidade premente, uma vez que a prestação de cuidados inadequada expõe a criança a modelos negativos e pouco adaptados no que diz respeito à expressão de afectos, competências sociais e aos mecanismos de *coping*. Desta forma, a depressão materna interfere com o desenvolvimento adequado e saudável da criança, uma vez que impossibilita a mãe de responder de forma adequada às necessidades específicas da fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, tornando a criança mais vulnerável. Além disso, o processo de desenvolvimento de desenvolvimento de uma criança deprimida tende a ser mais complexo do que uma criança cuja mãe não se encontra deprimida.

Assim, torna-se importante promover a saúde mental, de forma a favorecer os factores protectores e a evitar os factores de risco, numa tentativa de alcançar um ambiente equilibrado, positivo e promotor do desenvolvimento da criança enquanto reflexo do bem-estar materno e de uma relação mãe-criança de qualidade “suficientemente boa”.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J., Zinck, S., Kryger, S. & Zilber, I. (2009). Contagious depression: Negative attachment cognitions as a moderador of the temporal association between parental depression and child depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 (1), 16-26.
- Alfaya, C. & Lopes, R. (2005). Repercussões do comportamento interativo de mães com depressão no desenvolvimento do comportamento exploratório do bebe. *Revista Brasileira de Crescimento e de Desenvolvimento Humano*, 15 (2), 69-81.
- Bansil, P., Kuklina, E., Meikle, S., Posner, S., Kourtis, A., Ellington, S. & Jamieson, D. (2010). Maternal and fetal outcomes among womem with depression. *Journal of Women´s Health*, 19:2, 329- 333.
- Beck, A, Steer, R & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Beck, A, Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archieves of General Psychiatry*, 4.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., Kaminer, T., Feldstein, S. & Andrews, H. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self – and interactive contingencies. *Developmental Psychology*, 43:6, 1360-1376.
- Behrends, R. & Blatt, S. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40: 11-39.
- Besser, A. & Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33 (4), 351-382.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. (1991). A cognitive morphology of psychopatology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (8), 449-458.
- Blatt, S. (1998).Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46 (3), 721-752.
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Blatt, S. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. & Auerbach, J. (2001). Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 (1).
- Blatt, S. & Blass, R. (1996). *Relatedness and self-definition: a dialectic model of personality development*. In Noam, G & Fischer, K (Eds.). *Development and vulnerabilities in close relationship*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blatt, S., D’Afflitt, J. & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (4), 383-389.
- Blatt, S. & Levy, K. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (1).
- Blatt, S. & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6 (2), 187-254.
- Blatt, S., Quinlan, D., Chevron, E., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (1), 113- 124.
- Blatt, S., Zohar, A., Quinlan, D., Zuroff, D. & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64 (2).
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brennan, P., Hammen, C., Andersen, M., Bor, W., Najman, J. & Williams, G. (2000). Chronicity, Severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36 (6), 759-766.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Burrous, C., Crockenberg, S. & Leerkes, E. (2009). Developmental history of care and control, depression and anger: correlates of maternal sensitivity in toddlerhood. *Infant Mental Health*, 30 (2), 103-123.
- Campbell, S., Brownell, C., Hungerford, A., Spieker, S., Mohan, R. & Blessing, J. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231-252.
- Campbell, S., Cohn, J. & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31 (3), 349- 357.

- Campos, R. (2003). Síntese integrativa dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (001).
- Champion, J., Jaser, S., Reeslund, K., Simmons, L., Potts, J., Shears, A. & Compas, B. (2009). Caretaking Behaviors by adolescent children of mothers with and without a history of depression. *Journal of Family Psychology*, 23: 2, 156-166.
- Cumming, E. & Davies, P. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (1): 73-112.
- Dietz, L., Jennings, K., Kelley, S. & Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddler's behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 (1), 48-61.
- Downey, G. & Coyne, J. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Francisco, V., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. & Valada, M. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2 (XXV): 229-239.
- Field, T. (1984). Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 517-522.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 9-66.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Fiese, B., Wilder, J. & Bickham, N. (2000). Family context in developmental psychopathology. In Sameroff, A., Lewis, M. & Miller, S. (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology*, Kluwer Academic/ Plenum Publishers: New York.
- Frizzo, G. & Piccinini, C. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10 (1), 47-55.
- Frizzo G. & Piccinini, C. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 351-360.
- Frankel, K., Lindahl, K., Harmon, R. (1992). Preschoolers' response to maternal sadness: Relationships with maternal depression and emotional availability. *Infant Mental Health Journal*, 13 (2), 132-146.

- Fonagy, P. (2002). Understanding of mental states, mother-infant interaction and the development of the self. In Maldonado-Durán, J. (Ed.). *Infant and toddler mental health: Models of clinical intervention with infants and their families*, American Psychiatric Publishers.
- Garstein, M. & Bateman, A. (2008). Early manifestations of childhood depression: Influences of infant temperament and parental depressive symptoms. *Infant and Child Development*, 17, 223-248.
- Gelfand, D. & Teti, D. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.
- George, C. & Solomon, J. (1989). Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, 10.
- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458- 490.
- Goodman, S. & Brand, S. (2009). Depression and early adverse experiences. In Gotlib, I & Hammen, C. (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.
- Goodman, S. Adamson, L., Riniti, J. & Cole, S. (1994). Mothers expressed attitudes: Associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1265- 1274.
- Hall, L., Rayens, M. & Peden, A. (2008). Maternal factors associated with child behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 40: 2, 124-130.
- Hawley, L., Zuroff, D., Ho, M. & Blatt, S. (2006). The relationship of perfectionism, depression, and therapeutic alliance during treatment for depression: Latent difference score analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 930- 942.
- Horwitz, S., Briggs-Gowan, M., Storfer-Isser, A. & Carter, A. (2009). Persistence of maternal depressive symptoms throughout the early years of childhood. *Journal of Womens's Health*, 18 (5), 637-645.
- Ikhlas, A. & Bart, S. (2010). Perceived maternal parenting as a mediator of the intergenerational similarity of dependency and self-criticism: A study with Arab Jordanian adolescents and their mothers. *Journal of Family Psychology*, 26 (4), 756- 765.
- Levy, K. & Blatt, S. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (4).
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 85-94.

- Maia, J., Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, J. & Shin, N. (2008). Auto-conceito e representações da vinculação no período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 3 (XXVI), 423-433.
- Riley, A., Valdez, C.; Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I. & Rawal, P. (2008). Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical basis and program description. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 11, 12-29.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E., Kuczynsky, L. & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three-years-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.
- Radke-Yarrow, M., McCan, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P. & Richardson, D. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 643-665.
- Schwebel, D. & Brezausek, C. (2008). Chronic maternal depression and children's injury risk. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (10), 1108-1116.
- Shahar, G., Blatt, S. & Zuroff, D., Kuperminc, G. & Leadbeater, B. (2004). Reciprocal relations between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). *Cognitive Therapy and Research*. 28 (1), 85-103.
- Shahar, G., Blatt, S. & Zuroff, D. (2007). Satisfaction with social relations buffers the adverse effect of (mid-level) self-critical perfectionism in brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (5), 540- 555.
- Shahar, G., Gallagher, E. & Blatt, S. (2004). An interactive-synergetic approach to the assessment of personality vulnerability to depression: Illustration using the adolescent version of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (6), 605- 625.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschooler and their mother. *Developmental Psychology*, 31, (1), 364-376.
- Toth, S., Rogosch, F., Sturge-Apple, M. & Cicchetti, D. (2009). Maternal depression, children's attachment security and representational development: An organization perspective. *Child Development*, 80 (1), 192-208.

- Torres, N., Santos, A. & Santos, O. (2008). Qualidade da vinculação ao pai e à mãe e o desenvolvimento da amizade recíproca em crianças de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 3 (XXVI), 435-445.
- Tranpolini, T., Ungerer, J. & McMahon, C. (2008). Maternal depression: relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attachment & Human Development*, 10 (1), 73-90.
- Wang, S., Chen, C., Chin, C. & Lee, S. (2005). Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. *Birth*. 32:1.
- Wachs, T., Black, M. & Engle, P. (2009). Maternal depression: a global threat to children's health, development, and behavior and to human rights. *Child Development Perspectives*. 3:1, 51-59.
- Weatherill, R., Almerigi, J., Levendosky, A., Bogat, G., von Eye, A. & Harris, L. (2004). Is maternal depression related to side of infant holding?. *International Journal of Behavioral Development*, 28 (5), 421-427.
- Weinberg, M. & Tronick, E. (1998). Emotional care of the at-risk infant: Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102 (5), 1298-1304.
- Weinberg, M., Beeghly, M., Olson, K. & Tronick, E. (2008). Effects of maternal depression and panic disorder on mother-infant interactive behavior in the face-to-face still-face paradigm. *Infant Mental Health Journal*, 29 (5), 472-491.
- ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3 R)*. Washington, DC: ZERO TO THREE press.
- Zuroff, D., Quinlan, D. & Blatt, S. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.

## ANEXOS

### ANEXO A. Consentimento Informado

#### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Margarida Mateus de Carvalho, estou a realizar a tese de Mestrado, em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), com a orientação do Professor Doutor António José dos Santos. A investigação pretende perceber a importância das relações familiares no funcionamento psicológico da criança.

Solicito a sua colaboração no preenchimento de dois questionários. A participação nesta investigação é voluntária e a informação disponibilizada é confidencial. Por favor, confirme se respondeu a todas as questões apresentadas nos questionários.

**Obrigada pela sua colaboração.**

Eu, \_\_\_\_\_,

- Aceito participar na investigação  
 Não aceito participar na investigação

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2011

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ (F- Feminino; M- Masculino)

### 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 devia 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. Sentimento de culpa

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

### 6. Sentimento 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 - Não me critico ou culpo mais do que é habitual
- 1 - Sou mais crítico em relação a mim do que costumava ser
- 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

## 10. Choro

- 0 - Não choro mais do que costumava chorar
- 1 - Choro mais 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 mais 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 que 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

## 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 mãos cedo e não consigo voltar a adormecer.

## 17. Instabilidade

0 - Não me irrita 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



**QED** ©

Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan (1976, 1979)  
Versão portuguesa de Rui C. Campos (2000)

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

NOME \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_

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

© Copyright: Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan, 1979

© Copyright da versão portuguesa: Rui C. Campos, 2009

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
		1	2	3	4	5	6	7
9-	A falta de continuidade nas relações humanas não me incomoda	1	2	3	4	5	6	7
10-	Se não consigo viver à altura das expectativas, sinto-me sem valor	1	2	3	4	5	6	7
11-	Muitas vezes sinto-me desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7
12-	Raramente me preocupo por ser criticado(a) em relação a coisas que disse ou fiz	1	2	3	4	5	6	7
13-	Há uma diferença considerável entre como sou agora e como gostaria de ser	1	2	3	4	5	6	7
14-	Gosto de competição cerrada com os outros	1	2	3	4	5	6	7
15-	Sinto que tenho de assumir muitas responsabilidades	1	2	3	4	5	6	7
16-	Há alturas que me sinto “vazio(a)” por dentro	1	2	3	4	5	6	7
17-	Tenho tendência para não estar satisfeito com aquilo que tenho	1	2	3	4	5	6	7
18-	Não me importo se vivo ou não de acordo com o que os outros esperam de mim	1	2	3	4	5	6	7
19-	Fico assustado(a) quando me sinto sozinho(a)	1	2	3	4	5	6	7
20-	Sentir-me-ia como se estivesse a perder uma parte importante de mim próprio(a), se perdesse um amigo muito íntimo	1	2	3	4	5	6	7
21-	As pessoas aceitar-me-ão não importa quantos erros tenha cometido	1	2	3	4	5	6	7
22-	Tenho dificuldade em romper uma relação que me esteja a fazer infeliz	1	2	3	4	5	6	7
23-	Frequentemente penso sobre o perigo de perder alguém íntimo	1	2	3	4	5	6	7
24-	As outras pessoas têm grandes expectativas a meu respeito	1	2	3	4	5	6	7
25-	Quando estou com os outros, tendo a desvalorizar-me	1	2	3	4	5	6	7
26-	Não estou muito preocupado com a forma como as outras pessoas reagem comigo	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo totalmente							Concordo totalmente						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
27- Há sempre um elevado grau de incerteza e de conflito numa relação entre duas pessoas, independentemente de quão próxima essa relação é	1	2	3	4	5	6	7							
28- Sou muito sensível aos sinais de rejeição dos outros	1	2	3	4	5	6	7							
29- É importante para a minha família que eu tenha sucesso	1	2	3	4	5	6	7							
30- Sinto frequentemente que desapontei os outros	1	2	3	4	5	6	7							
31- Se alguém me irrita, dou-lhe a entender como me sinto	1	2	3	4	5	6	7							
32- Tento constantemente agradar ou ajudar as pessoas de quem sou próximo(a), e muitas vezes até "saio do meu caminho" para o conseguir	1	2	3	4	5	6	7							
33- Tenho muitos recursos interiores (capacidades, forças)	1	2	3	4	5	6	7							
34- Acho muito difícil dizer "não" aos pedidos dos amigos	1	2	3	4	5	6	7							
35- Nunca me sinto realmente seguro numa relação íntima	1	2	3	4	5	6	7							
36- O modo como me sinto em relação a mim próprio varia frequentemente: há alturas em que me sinto extremamente bem comigo próprio(a), e outras em que só vejo o que é mau em mim e sinto-me um(a) falhado(a)	1	2	3	4	5	6	7							
37- Sinto-me, com frequência, ameaçado(a) pela mudança	1	2	3	4	5	6	7							
38- Mesmo que a pessoa que me é mais próxima se fosse embora, conseguiria, ainda assim, "seguir em frente sozinho(a)"	1	2	3	4	5	6	7							
39- Tem que se trabalhar continuamente para ganhar o amor de outra pessoa, isto é, o amor tem que ser merecido	1	2	3	4	5	6	7							
40- Sou muito sensível aos efeitos que as minhas palavras ou acções têm nos sentimentos dos outros	1	2	3	4	5	6	7							
41- Censuro-me frequentemente por coisas que fiz ou disse a outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7							
42- Sou uma pessoa muito independente	1	2	3	4	5	6	7							
43- Sinto-me culpado(a) com frequência	1	2	3	4	5	6	7							
44- Penso em mim como sendo uma pessoa muita complexa, alguém que tem "muitas facetas"	1	2	3	4	5	6	7							

	Discordo totalmente				Concordo totalmente		
61- Cresci numa família extremamente unida	1	2	3	4	5	6	7
62- Estou muito satisfeito comigo próprio(a) e com as minhas realizações pessoais	1	2	3	4	5	6	7
63- Quero muitas coisas de alguém de quem sou íntimo(a)	1	2	3	4	5	6	7
64- Tenho tendência a ser muito crítico(a) de mim próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7
65- Estar sozinho(a) não me incomoda nada	1	2	3	4	5	6	7
66- Muito frequentemente comparo-me com padrões ou metas a atingir	1	2	3	4	5	6	7



