

1. Introdução

1.1. Teoria dos Construtos Pessoais

Em 1955 Kelly desenvolveu a Teoria dos Construtos Pessoais (Botella & Feixas, 1998). Por detrás do seu trabalho verifica-se estar uma postura epistemológica denominada alternativismo construtivo, segundo o qual a nossa visão da realidade está sujeita a muitas construções alternativas, com base num sistema de construtos finito. Contudo esse conhecimento da realidade não é estático e definitivo, uma vez que é possível o sujeito revê-lo através de reconstruções alternativas. Isto cria a possibilidade de mudança pessoal, mas de uma forma proactiva. Do ponto de vista da teoria dos construtos pessoais o ser humano é visto como um cientista pessoal, isto é, participa activamente na construção de si e do seu mundo, criando constantemente teorias implícitas e hipóteses baseadas nas suas experiências, as quais permitem interpretar, prever, responder e controlar os acontecimentos.

1.1.1. Teoria dos Construtos Pessoais: Postulado e Corolários

A teoria dos construtos pessoais está organizada com base num postulado fundamental justificado por meio de 11 corolários. O postulado fundamental, “*os processos de construção de uma pessoa estão psicologicamente canalizados pelos modos como ela antecipa os acontecimentos*” (Kelly, 1955, citado por Botella & Feixas, 1998, p. 58), deixa clara a ideia do ser humano como activo e proactivo na construção e antecipação dos acontecimentos de vida. Assim que o sujeito consegue encontrar semelhanças e diferenças entre acontecimentos de vida, torna-se capaz de antecipar acontecimentos futuros, através do estabelecimento de hipóteses de semelhança ou diferença entre esses acontecimentos. Desta forma, o sistema de construção de significados pessoais tem como função a antecipação dos acontecimentos futuros, revelando-se assim a antecipação como ideia central da teoria.

Os corolários ajudam a compreender como se organiza o sistema de construção do sujeito. Segundo Kelly construir é sinónimo de atribuir significado, e interpretar as experiências, através de semelhanças e diferenças entre elas. Nesta dissertação apresentar-se-ão apenas os corolários essenciais à compreensão do estudo empírico desenvolvido posteriormente.

O corolário da construção pressupõe que “*a pessoa antecipa os acontecimentos construindo as sua réplicas*”, ou seja a antecipação dos acontecimentos produz-se através de dimensões de interpretação da experiência. Estas dimensões (construtos pessoais) servem quer para estabelecer semelhanças quer diferenças entre os diversos acontecimentos. O estabelecimento destas semelhanças e diferenças é central no processo de construção, pois permite ao sujeito antecipar os acontecimentos e consequentemente manter estável o seu sistema de construtos pessoais. O corolário da experiência ao afirmar que “*o sistema de construção de uma pessoa varia na medida em que constrói sucessivamente*

réplicas dos acontecimentos”, mostra que o sistema de construtos pessoais pode mudar à medida que se vivem novas experiências, isto porque os significados construídos podem revelar-se inviáveis tornando necessária uma revisão do sistema de construtos. Contudo, esta revisão ou mudança na construção pessoal depende das alternativas disponíveis no sistema de construtos.

Os construtos organizam-se num sistema hierárquico, o que é explicado pelo corolário da organização, segundo o qual *“cada pessoa desenvolve de maneira característica, de acordo com a sua conveniência na antecipação dos acontecimentos, um sistema de construtos que implica relações ordinais entre estes construtos”*. No nível mais elevado da hierarquia encontram-se os *construtos nucleares* (mais resistentes à mudança e rigidificados quando há uma ameaça à estabilidade do sistema, sendo assim os responsáveis pela manutenção e protecção do mesmo), e na base da hierarquia estão os *construtos periféricos* (os mais instáveis, mais permeáveis, os mais relacionados com a flexibilidade das construções). Estes dois grupos de construtos são interdependentes, contudo enquanto uma mudança dos construtos periféricos pode dar-se sem afectar a estrutura nuclear do sistema, o contrário não é possível.

De acordo com o corolário da escolha *“a pessoa escolhe para si própria, num construto dicotómico determinado, aquela alternativa com a qual antecipa mais probabilidades de elaborar o seu sistema”*. O sujeito escolhe o pólo de construto que, de uma forma mais coerente com a sua estrutura de significados pessoais, dá significado a um determinado acontecimento.

O corolário da individualidade pressupõe que *“uma pessoa se diferencia das outras na construção dos seus acontecimentos”*, perceptível no carácter proactivo da construção do conhecimento pessoal, que a teoria atribui ao sujeito. Cada pessoa, em cada momento tem uma forma única de perceber o mundo.

Por último, o corolário da comunalidade afirma que *“os processos psicológicos de duas pessoas são similares, na medida em que ambas fazem construções similares da experiência”*, o que mostra que embora os conteúdos de construção pessoal tenham um carácter de unicidade, diferentes pessoas utilizam processos semelhantes de construção.

1.1.2. Construto Pessoal

Subjacente à teoria Kellyana está o conceito de construto pessoal. Estes construtos são entendidos como teorias informais que os sujeitos constroem para interpretar, compreender, antecipar e prever os acontecimentos de vida. Daí Kelly acreditar que o acesso à realidade é conseguido apenas através dos construtos pessoais (Saúl, 2005).

Estes construtos pessoais são padrões de semelhança e diferenciação que o sujeito estabelece entre os acontecimentos que experiencia. Não se apresentam como unidades isoladas, mas estão ligados a outros construtos, através de um sistema hierárquico de significação, formando sistemas de

significado complexos (Feixas & Saúl, 2004). Nesse sistema hierárquico há construtos supraordenados que desempenham um papel central na construção pessoal e na organização de todo o sistema. Estes construtos nucleares definem a identidade do sujeito, e são os que dão significado às suas ações e sentimentos, sendo também os que facilitam a mudança no sistema de construtos. O desafio à mudança destes construtos gera sentimentos de ameaça e provoca resistência, corroborado pelas experiências de vida. Assim, a mudança tem de ser minimamente coerente com este sentido de identidade, não a colocando em risco. Em seguida segue-se uma reflexão sobre os pressupostos subjacentes à mudança.

1.2. Mudança pessoal

A mudança pessoal é um pressuposto de base da teoria dos construtos pessoais. Segundo Kelly (1955, citado por Botella & Feixas, 1998) o ser humano está constantemente a antecipar e construir acontecimentos, tornando possível a renovação ou reconstrução desses acontecimentos com base em novas alternativas. A existência de alternativas novas pressupõe a existência de mudança. Esta mudança, segundo a teoria Kellyana está relacionada com a estabilidade ou instabilidade do sistema de construtos pessoais. Esta teoria concebe a mudança como uma experiência humana e procura explicá-la através de vários ciclos de mudança, nomeadamente o ciclo circunspecção-apropriação-controle que explora a dimensão de determinismo/liberdade da experiência de mudança, o ciclo da criatividade que procura estabelecer qual a relação entre flexibilidade/rigidez no processo de mudança e o ciclo da experiência que descreve o movimento de validação/invalidação do sistema de construtos. Procederemos a uma explicação mais detalhada do ciclo da experiência.

1.2.1. Ciclo da experiência

O corolário da escolha de Kelly (1955, citado por Botella & Feixas, 1998) afirma que de entre os construtos que definem o sistema do sujeito, este escolhe aquele que lhe confere a manutenção e a estabilidade do sistema. Assim, segundo uma visão construtivista a ausência temporária de mudança não é um fenómeno patológico (Feixas & Villegas, 2000, citado por Feixas e colaboradores, 2008). Trata-se de uma expressão natural, auto-protectora, com o objectivo de manter a integridade do sistema do sujeito. Na teoria dos construtos pessoais qualquer teoria pessoal é vista como provisória, assumindo que *“todas as nossas interpretações do universo são sujeitas a revisão e substituição”* (Fernandes, Senra & Feixas, 2009, p. 11). No entanto, nem sempre esta revisão é facilitada pelo próprio sistema de significação.

O ciclo da experiência reflecte a constante antecipação e construção, em contínua renovação, mas também sempre com o objectivo da manutenção. Este ciclo é constituído por cinco

fases: *antecipação, implicação, encontro, validação ou invalidação e revisão construtiva do sistema* (Botella & Feixas, 1998). O processo começa com a *antecipação*, que implica a formulação de uma hipótese pessoal sobre o provável curso de um acontecimento. Esta hipótese baseia-se em aspectos supra-ordenados da teoria pessoal, validados em ciclos de experiência anteriores.

A segunda fase é a fase de *envolvimento* no resultado e pressupõe a exploração de novas experiências. Esta fase tem subjacentes dois níveis: comportamental e representacional. O primeiro implica acção, enquanto o segundo se caracteriza pelo carácter mental, proposicional ou analógico da experiência. Por vezes a mudança não se concretiza de imediato ao nível comportamental, mas é ensaiada a nível representacional, tornando flexível o sistema de construtos. Posteriormente estas mudanças representacionais poderão concretizar-se em mudanças comportamentais.

A terceira fase é a fase do *encontro* com o acontecimento, que implica a operacionalização da hipótese e o seu contraste com a realidade quanto ao seu valor predictivo, isto é supõe a concretização da acção a nível comportamental.

A quarta fase é a de *validação ou invalidação*, na qual a hipótese é confirmada ou desconfirmada. É nesta fase que o sujeito verifica se existe compatibilidade ou incompatibilidade entre a experiência e os construtos.

A quinta e última fase é a *revisão construtiva do sistema*. É nesta fase que se concretiza a mudança. Esta revisão é tanto mais necessária quanto na fase anterior do ciclo da experiência as hipóteses pessoais são invalidadas.

Através das cinco fases do ciclo, o sujeito reconstrói progressivamente e constantemente a sua experiência, uma vez que o sistema sendo validado por uma experiência vai permitir antecipar a seguinte. Assim a mudança dá-se sempre através da experiência, e uma vez que esta experiência é determinada pela antecipação que o sistema de construtos permite, parece que a mudança é também determinada pelo sistema de construtos. Contudo, a mudança parece concretizar-se apenas quando a nova experiência foi integrada e não constitui uma ameaça à integridade do sistema de construtos pessoais, ou seja quando o movimento ao longo do ciclo da experiência permitiu a flexibilização do sistema. Por outro lado, esta conceptualização da mudança pessoal também sugere que a mudança decorre progressivamente por oportunidades de revisões construtivas susceptíveis de não ameaçar o sistema de significação e nunca por rupturas nesta significação. As novas tentativas de significação, resultado da revisão do sistema devem ser operativas e validadas pelas novas experiências, mas também derivam delas.

1.3. A disfunção na perspectiva da Teoria dos Construtos Pessoais

De acordo com a perspectiva da teoria dos construtos pessoais a disfunção psicológica consiste na invalidação cíclica e persistente de construções de significado que o sujeito mantém a propósito da sua experiência. Este ciclo de invalidação reflecte a incapacidade do sujeito para renovar

e reconstruir o seu sistema de significação no confronto com a novidade da experiência, adotando formas rigidificadas de significação pessoal de modo a proteger a sua manutenção. O sujeito tenta manter a sua identidade, estruturando-a como uma rede de construtos nucleares, para manter o seu mundo previsível, escolhendo os pólos de construtos que melhor o consigam. Durante este processo de escolha surgem conflitos na construção pessoal que paralisam o movimento de reconstrução pessoal e geram sofrimento psicológico ao indivíduo que os vive (Feixas & Saúl, 2004). Contudo, ainda não se pode afirmar se é o conflito, ou o bloqueio que impede a sua resolução, que levam ao desenvolvimento de sintomas, ou seja, não há uma relação causal entre conflito e sintoma. Os conflitos na construção de significado pessoal têm sido entendidos como estruturas cognitivas associadas a mal-estar ou dificuldades de funcionamento, presentes em algumas pessoas em sofrimento ou que pedem ajuda em psicoterapia.

A este propósito, Fransella (1970, citado por Saúl, 2005) sugere que os sintomas podem chegar a ser uma forma de vida para o paciente e uma parte da sua identidade, logo qualquer alternativa apresentada ao sintoma pode implicar uma ausência de previsibilidade sobre si mesmo. Também segundo Feixas, Saúl, Ávila – Espada & Sánchez (2001), a noção de conflito cognitivo refere-se às implicações, quer positivas, quer negativas, do sintoma. Nestes casos, a alternativa desejada, isto é, a direcção que o sujeito quer tomar, tem implicações negativas, resistindo consequentemente à mudança. Button (1983, citado por Saúl, 2005), ao reflectir sobre a resistência à mudança de pacientes com anorexia, considera que estes pacientes tendem a preservar a sua magreza por não terem mais dimensões disponíveis com que se possam antecipar a si mesmos e na sua relação com os outros, a não ser a magreza. Winter (1982 citado por Saúl, 2005) verificou que as construções que os pacientes fazem dos seus sintomas podem ter uma lógica altamente consistente uma vez que representam crenças fortemente enraizadas. Alguns dos estudos de Winter (1982, citado por Feixas & Saúl, 2000) parecem mostrar que muitos sujeitos deprimidos associam os seus sintomas a sensibilidade e outras virtudes. Muitos sujeitos agorafóbicos associam o “ser independente” com uma elevada probabilidade de ser “infiel”, e ainda, sujeitos que se consideram tímidos parecem associar o “ser hábil socialmente” a várias características negativas como egoísta, vaidoso, arrogante, imprudente, etc.

Feixas & Villegas (2000) percebem a “não mudança” do paciente como uma forma de auto-protecção que mantém a coerência, a integridade sistémica e protege uma mudança nuclear súbita.

1.4. Dilemas Implicativos

Nesta dissertação centramos a nossa atenção num tipo de conflitos cognitivos, os dilemas implicativos.

Um dilema baseia-se na relação entre dois construtos, um *congruente* e outro *discrepante*, manifestada por uma correlação positiva entre eles.

O construto congruente é aquele no qual o sujeito situa tanto o seu “*eu actual*” como o seu “*eu ideal*” no mesmo pólo de construto. Este é chamado *pólo congruente* e pode-se afirmar que o sujeito prefere posicionar-se neste pólo, que parece estar relacionado com a sua auto-definição como pessoa. Um construto é discrepante quando o “*eu actual*” e o “*eu ideal*” se situam em pólos de construto diferentes. O sujeito escolhe um dos pólos de construto mas gostaria de estar no outro. O *pólo actual* é o pólo onde se encontra o “*eu actual*”, enquanto o “*eu ideal*” se encontra no chamado *pólo desejável*.

Os construtos discrepantes referem-se a dimensões de significado com as quais o sujeito está insatisfeito, e que deseja mudar, estando muitas vezes associados a sintomas. Para manter a sua identidade (construtos nucleares), esta estrutura dilemática pode fazer com que o sujeito resista a abandonar os aspectos considerados centrais e a não valorizar os aspectos que deseja mudar. Assim, no momento de escolher entre manter o sintoma ou viver sem ele, o sujeito vê-se num dilema, uma vez que qualquer uma das alternativas tem consequências positivas e negativas. O sintoma, ainda que problemático, também tem implicações positivas, por isso é que abandoná-lo pode significar uma mudança não desejada em aspectos relacionados com a sua identidade.

Feixas & Sánchez (1998, citado por Saúl, 2005) propõem a detecção de dilemas a partir das pontuações da grelha de repertório. Os construtos congruentes caracterizam-se assim por pontuações entre o “*eu actual*” e o “*eu ideal*” muito próximas (< 4 pontos), o que significa que são aspectos positivos que o sujeito não deseja mudar. Os construtos discrepantes são aqueles em que entre o “*eu actual*” e o “*eu ideal*” há uma diferença superior a 4 pontos, o que quer dizer que são aspectos de si que considera negativos e em relação aos quais deseja mudar. A mudança desejada num construto discrepante implica uma mudança não desejada num construto congruente. A postura que o sujeito toma para manter a coerência do sistema é permanecer no pólo actual, que mesmo sendo um pólo negativo devido ao sofrimento que acarreta, está associado a aspectos positivos.

O esquema da Figura 1 pretende clarificar e exemplificar a definição de dilema implicativo.

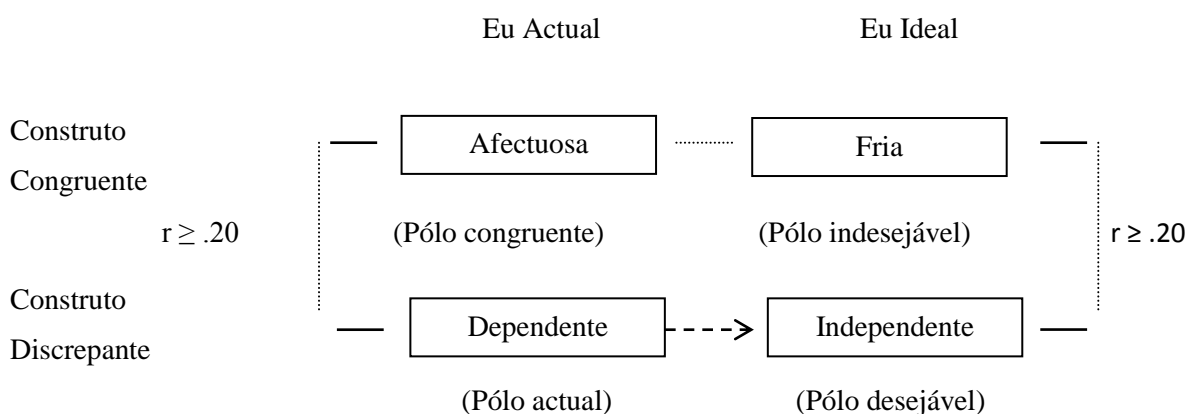


Fig. 1: Dilema Implicativo (exemplo retirado de Fernandes, Senra e Feixas, 2009, com autorização da primeira autora).

Alguns resultados da investigação (Feixas & Saúl, 2004) mostram a presença de dilemas implicativos em mais de metade da população clínica (52,4%) e em 34% da população não-clínica. Contudo a frequência destes dilemas é significativamente maior no grupo clínico do que no grupo não-clínico (4,37% - 2,11%). Daqui se conclui que a presença de dilemas, ainda que se possa considerar normal até certo ponto, tem alguma relação com problemas psicopatológicos. Um outro estudo de Feixas e colaboradores (2007) mostra que os sujeitos com dilemas implicativos apresentam um nível de sintomatologia de somatização significativamente mais elevado do que o grupo de sujeitos sem somatização. Verificaram ainda que os dilemas predizem significativamente a gravidade desta sintomatologia.

Estudos realizados em populações com fobia social (Diaz, Feixas, Pellungrini & Saúl, 2001), com síndrome do intestino irritável (Benasayag, Feixas & Mearín, 2002; Benasayag, Feixas, Mearín, Saúl & Laso, 2003), depressão major e fibromialgia (Feixas, Hermosilla, Victoria & Dada, 2009) mostram uma percentagem de dilemas significativamente maior quando comparados com uma população não clínica. Estes resultados deixam clara a relação entre dilemas e sintomatologia, e justificam estudos mais aprofundados.

1.5. Dilemas implicativos e Depressão

A Perturbação Depressiva Major é considerada um dos problemas de saúde mental com mais impacto negativo a nível mundial. As Perturbações depressivas podem chegar a ter uma prevalência até 15% (Moussavi e colaboradores, 2007) e representam a principal causa de anos vividos com incapacidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde a depressão ocupa o quarto lugar entre as 10 causas de mortalidade no mundo (WHO, 2004, citado por Feixas, Caicedo, Harter & Bach, 2008) e estima-se que em 2020 ocupe o segundo lugar (WHO, 2001, citado por Feixas e colaboradores, 2008). Esta perturbação torna-se crónica, com episódios recorrentes e chega a ter uma gravidade que compromete seriamente a qualidade de vida das pessoas. Além disto, a comorbilidade da depressão com outros problemas de saúde mental assim como com outras perturbações crónicas é elevada, o que enfatiza ainda mais a necessidade de avançar com o conhecimento e tratamento desta perturbação.

Estima-se que apenas 35,8% dos pacientes diagnosticados com Depressão Major recebem um tratamento adequado (Fernández e colaboradores, 2006), e de entre estes a remissão completa de sintomas não seja muito frequente.

Vázquez e colaboradores (2005) sugerem que alguns destes problemas no tratamento da depressão podem dever-se ao facto desta perturbação poder estar associada a processos psicológicos distintos, nem sempre considerados pelos técnicos. A investigação em psicoterapia tem informado sobre as bases teóricas e empíricas da intervenção cognitiva nas perturbações depressivas. Os processos cognitivos implicados na depressão têm sido objecto de um grande número de estudos (e.g. Ingram, Miranda y Segal, 1998; Vázquez e colaboradores, 2005). Destaca-se o papel dos pensamentos

automáticos, esquemas disfuncionais, atribuição, ruminação, perfeccionismo, entre outros. Contudo os processos cognitivos envolvidos na manutenção da perturbação depressiva, em particular os que desafiam a manutenção da identidade depressiva, são ainda pouco compreendidos.

Segundo Rowe (1976) depressão é um nome para uma experiência. Se queremos compreender o que é esta experiência, como acontece, o que significa, se é uma experiência desagradável, como a evitar, então teremos que examinar esta experiência de depressão. Para todas as pessoas é uma experiência individual, mas quando a observamos podemos ver algo de comum em todas essas experiências. A experiência individual de depressão está ligada à história de construção de significação sobre as experiências ao longo da vida. Como observa Maia (2001), as pessoas tornam-se deprimidas quando interrompem de uma forma sistemática a elaboração dos acontecimentos e a revisão dos seus construtos, reduzindo assim o âmbito do seu campo vivencial. O deprimido exclui acontecimentos novos, reduzindo a probabilidade de invalidação do sistema de construtos e, também, a sua reformulação.

De acordo com a teoria dos construtos pessoais um dos processos centrais na depressão é o processo de constrição na construção de significado sobre as experiências vividas. Este manifesta-se na tendência para excluir da área de construção todos os acontecimentos que são difíceis de construir, que provocam ameaça a esse sistema, limitando a área de construção e os acontecimentos com que se lida confortavelmente. A constrição é uma estratégia que impede a revisão dos construtos. Quando o sujeito percebe incongruência entre a antecipação e a experiência recorre à constrição para reduzir a ansiedade provocada.

Kelly observou que os processos depressivos tornam restritivo o campo de percepção do sujeito, com o objectivo de minimizar a invalidação pessoal, uma vez que a destruição da construção do self, ou de construtos importantes que mantêm essa construção, provoca ansiedade ou seja ameaçam a perda de significado sobre uma parte abrangente e relevante do seu mundo (Kelly, 1955; Sanz, 1991; citado por Feixas & colaboradores, 2008). Embora o processo de constrição faça parte do ciclo de experiência de cada um, nos deprimidos esta constrição é mais notável e persistente (Mahoney, 1991, citado por Feixas & colaboradores, 2008). Mesmo quando a constrição se limita a construções negativas de si e do futuro, estas são preferidas a um mundo destituído de significado. Apesar da invalidação das nossas antecipações ou das nossas construções ser essencial para a renovação do nosso sistema de construtos pessoais e para a evolução do nosso conhecimento pessoal, quando permanente ou rigidificada ela torna-se prejudicial à nossa mudança e portanto também à nossa manutenção, enquanto sistemas de significação saudável (Fernandes, Senra & Feixas, 2009).

2. Estudo Empírico

Desenho do estudo

O presente estudo é uma investigação com design misto, com um estudo descritivo, de natureza quantitativa (Estudo 1), para analisar o conteúdo e estrutura do sistema de significação, em particular a presença e número de dilemas implicativos em pacientes deprimidos; e de um estudo exploratório, de natureza qualitativa (Estudo 2), focado na compreensão dos significados pessoais envolvidos nos dilemas implicativos encontrados nos pacientes deprimidos.

Objectivos

1. O objectivo geral deste estudo consiste em caracterizar a construção de significado pessoal dos pacientes com perturbação depressiva.
2. Como objectivos específicos definimos:
 - a. Analisar a relação entre o conteúdo e estrutura do sistema de significado e a sintomatologia depressiva.
 - b. Identificar o tipo de dilemas implicativos apresentados na construção de significado pessoal em pacientes deprimidos.
 - c. Perceber se os dilemas implicativos se relacionam com o pedido ajuda em psicoterapia.

Estudo 1

Metodologia

Hipóteses

1. Existe uma relação positiva entre o grau de sintomatologia depressiva e o isolamento percebido.
2. Existe uma relação negativa entre o grau de sintomatologia depressiva e a auto-estima avaliada na perspectiva do paciente.
3. Existe uma relação positiva entre o grau de sintomatologia depressiva e a rigidificação do sistema.
4. Existe uma relação negativa entre o grau de sintomatologia depressiva e a diferenciação do sistema de construtos.
5. Espera-se que os participantes deste estudo apresentem uma percentagem de dilemas similar à referida em estudos com população clínica.

Participantes

As participantes deste estudo são utentes da Unidade de Saúde Familiar (USF) DuoVida das Taipas, em Guimarães, e do Serviço de Psicologia, Unidade de Adultos, da Universidade do Minho, em Braga. Como critérios de inclusão das participantes na amostra foi definida uma idade superior a 18 anos, o preenchimento dos critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major segundo o DSM-IV (APA, 2002) e pontuação superior a 19 no *Beck Inventory Depressive II* (BDI-II). Foram excluídas todas as participantes que preenchessem os critérios de outras perturbações do eixo I ou do eixo II de acordo com a avaliação multiaxial da DSM-IV.

Participaram neste estudo 18 pacientes deprimidos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 19 e os 56 anos, com média 36,78 (dp=11,14). A maioria destas são casadas (66,7%), 27,8% são solteiras e apenas um (5,6%) é divorciada. Relativamente ao grau de escolaridade é importante salientar a reduzida instrução da maioria das participantes, uma vez a maioria tinha apenas o 1º e o 2º ciclo de ensino (27,8 % cada grupo), apenas 2 participantes (11,1%) com o 3º ciclo completo, 27,8% com o ensino secundário e uma participante (5,6%) com o ensino superior. Quanto à profissão é de salientar que grande parte das participantes se encontrava desempregada (33,3%) e de baixa médica (22,2%), 16,7 % era estudante e das que se encontravam a trabalhar uma (5,6%) era Costureira, uma Ajudante de Lar de Idosos (5,6%), uma Operadora de Supermercado (5,6%), uma Reformada (5,6%) e outra Engenheira Têxtil (5,6%). A maioria estava a frequentar consultas de psicoterapia (55,6%) e das 44,4% que não estavam em psicoterapia 41,2% estavam em lista de espera. O tempo de frequência de consultas de psicoterapia variava entre 0 e 4 anos, com média de 1,24 (dp=1,39). Importa ainda referir que a maioria das participantes tinha problemas de saúde (77,8%) e tomava medicação (88,9%).

Instrumentos

Os instrumentos seleccionados para este estudo foram o *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) (Martins & Coelho, 2000) para avaliação da sintomatologia depressiva; *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) (tradução portuguesa, Maia; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999) para diagnóstico diferencial da perturbação depressiva major; e a Grelha de Repertório (versão adaptada de Kelly, 1955; Feixas & Cornejo, 1996) para avaliação da estrutura e conteúdo do sistema de construtos pessoais.

Sintomatologia depressiva: *Beck Depression Inventory – II* (BDI-II)

O *Beck Depression Inventory II* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) traduzido e adaptado para português por Martins e Coelho (2002) é um inventário de despiste de sintomatologia depressiva de uso adequado a partir dos 13 anos de idade. É constituído por 21 grupos de afirmações (tristeza,

pessimismo, fracassos passados, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, auto-depreciação, auto-criticismo, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, sentimentos de inutilidade, perda de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse sexual), os quais permitem obter uma nota total que indica sintomatologia depressiva, definida em 4 intervalos (0 - 13 = sintomatologia mínima; 14 - 19 = depressão ligeira; 20 - 28 = depressão moderada; 29 - 63 = depressão severa).

Diagnóstico de Perturbação depressiva major e diagnóstico diferencial: *Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (SCID-I)*

A *Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (SCID-I*; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999) traduzido para português por Maia, está organizada em duas partes. A primeira fornece dados gerais do paciente e a segunda permite o diagnóstico e diagnóstico diferencial das perturbações do Eixo I do DSM-IV.

Conteúdo e Estrutura do Sistema de Significação Pessoal: *Grelha de Repertório*

A Grelha de Repertório é uma metodologia originalmente desenvolvida por Kelly (1955) tendo por base a Teoria dos Construtos Pessoais. Esta técnica consiste numa entrevista clínica semi-estruturada, centrada num domínio particular da experiência do sujeito, com o objectivo de explorar a construção de significados pessoais, permitindo obter informação sobre a estrutura e o conteúdo do sistema de construtos pessoais (Fernandes, 2001), nomeadamente a presença ou ausência de dilemas implicativos.

Em primeiro lugar, delimita-se a área de vida do sujeito sobre a qual se pretende explorar a construção de significado pessoal. Assim, uma vez que o propósito deste estudo era compreender como os pacientes com perturbação depressiva atribuíam significado a si, por diferenciação de outros, foi estabelecido um conjunto de elementos que representassem pessoas significativas para o paciente, ou seja a sua área de significação interpessoal. Os elementos fornecidos, num total de 8 para cada paciente, foram: “*Eu actual*” (como o sujeito se vê na actualidade), “mãe”, “pai”, “cônjuge” (ou ex-cônjuge, ou namorado), “amigo do mesmo sexo”, “amigo do sexo oposto”, “pessoa que desagrada” e “*Eu ideal*” (como o sujeito gostaria de ser). Em seguida identifica-se as dimensões de significado (construtos) com que as quais o sujeito dá sentido a estes elementos.

Os construtos foram explorados, utilizando o método diádico, pedindo aos pacientes que estabelecessem relações de semelhança e diferença entre dois elementos (ex. mãe e pai), até chegar a um construto (ex. preocupado/desinteressado). Este processo repete-se até se atingir a saturação, ou pelo menos até o entrevistador notar que o sujeito não é capaz de fornecer novos construtos, visível por exemplo não sua repetição. Em último lugar, pede-se ao sujeito que preencha a matriz da grelha de

repertório, que permite estabelecer relações entre os elementos, entre os construtos e entre os elementos e os construtos.

O número de construtos variou entre 6 e 15, com média de 10 ($dp = 2,83$). O sistema de pontuação escolhido foi uma escala tipo *Likert* de 7 pontos em que as pontuações de 1 a 3 correspondem ao pólo esquerdo, 4 é um ponto médio e as pontuações de 5 a 7 correspondem ao pólo direito. A análise da matriz da grelha de repertório (Anexo 4) permite análises dos dados quer quantitativas, quer qualitativas.

Neste primeiro estudo, tomamos como variáveis para análise e teste das nossas hipóteses os dados quantitativos resultantes do tratamento das análises das grelhas de repertório.

Procedimento

O primeiro passo para a recolha dos dados do presente estudo foi o pedido de autorização aos responsáveis pelas diversas organizações onde os dados seriam recolhidos, entre eles o Presidente da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), o Presidente da Associação de Centros de Saúde (ACES) Guimarães-Vizela, o Director da Unidade de Saúde Familiar (USF) DuoVida das Taipas e a Directora do Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

Após a autorização das referidas entidades, foi efectuado um contacto com a Psicóloga do Centro de Saúde das Taipas, no qual esta assinou um documento de aceitação de participação e confidencialidade dos dados (Anexo 1), e teve também como objectivo obter uma autorização por parte dos seus pacientes para cederem o seu contacto telefónico à investigadora do estudo a fim de esta apresentar e explicar o estudo, convidando à sua participação. Depois de aceitarem participar, foi marcado um encontro com cada paciente, mediante a sua disponibilidade, no qual assinaram um consentimento informado (Anexo 2). Seguiu-se o preenchimento de uma ficha demográfica (Anexo 3), e posteriormente o preenchimento do BDI-II seguido pela entrevista clínica estruturada (SCID-I).

Foram contactadas 38 potenciais participantes das quais apenas 18 preencheram os critérios de inclusão no estudo e aceitaram continuar a participar. Estas participantes realizaram, por fim, a entrevista semi-estruturada referente à metodologia da Grelha de Repertório.

O tempo aproximado para o preenchimento do questionário e realização das entrevistas foi de aproximadamente 120 minutos por cada participante.

A recolha de dados decorreu entre Março de 2010 e Maio de 2010 no contexto do Centro de Saúde e no contexto do Serviço de Consulta de Psicologia da Escola de Psicologia.

Tratamento de dados

Os dados recolhidos através das grelhas de repertório foram analisados no programa informático *Record*, versão v. 4 (Feixas & Cornejo, 2002) no sentido de se obter os indicadores de

estrutura e conteúdo do sistema de construtos pessoais, bem como identificação dos dilemas implicativos necessário ao teste das hipóteses colocadas. Foram seleccionados para análise quantitativa os seguintes indicadores: correlação Eu - Eu ideal (auto-estima na perspectiva do participante), correlação Eu – Outros (isolamento percebido); polarização (índice de rigidez) e percentagem de variância explicada pelo primeiro factor (índice de diferenciação); intensidade e proporção de dilemas. Foram considerados para análise estatística posterior os dilemas implicativos definidos por uma correlação de 0.20, dado que os nossos participantes se inserem num grupo clínico. As análises estatísticas foram realizadas no programa *SPSS* (versão 17.0 para Windows).

Resultados do Estudo 1

Os resultados da análise descritiva das variáveis da construção pessoal: construção dilemática (presença de dilemas implicativos), conteúdo (Correlação Eu-Ideal, Correlação Eu-Outros) e dimensões de estrutura da construção (PVEPF e Polarização) e da sintomatologia depressiva (BDI-II) apresentam-se na Tabela 1.

Tabela 1. Médias e Desvios-padrão dos Índices de Conteúdo e de Estrutura retirados da análise das grelhas de repertório e do BDI-II.

Variáveis	N	%	Deprimidos			
			Mínimo	Máximo	Média	DP
Presença de dilemas	10	55,6				
Proporção de dilemas	10		1,28	33,33	8,92	10,45
Intensidade de dilemas	10		12,88	56,23	27,17	14,89
Correlação Eu-Ideal	18		- 0,71	0,89	0,06	0,46
Correlação Eu-Outros	18		- 0,75	0,69	0,17	0,37
PVEPF	18		40,71	75,98	55,97	11,46
Polarização	18		17,86	77,68	40,22	18,29
BDI-II	18		21	48	36,44	8,83
Número de dilemas	10		1	12	3,60	3,44

Relativamente à construção dilemática, como se pode observar na Tabela 1, verifica-se que 55,6% (n=10) das participantes apresentava dilemas implicativos. No total foram identificados 36 dilemas implicativos, com média de 3,60 (DP = 3,44).

Os resultados mostram que os clientes deprimidos que participaram neste estudo apresentam uma grande variabilidade no valor da auto-estima, entre muito negativa (- 0,71) a muito positiva (0,89), não parecendo haver uma relação entre este índice e este grupo, como se lê no seu valor médio (0,06).

Relativamente ao modo como estes participantes avaliam a sua distância aos outros significativos, ou seja ao seu isolamento percebido, os resultados indicam também uma grande variabilidade. Este indicador de isolamento percebido, embora apresente um valor médio positivo, como apresenta grande dispersão, revelado pelo desvio padrão mais elevado que a média, tendo um valor mínimo muito baixo, (ou seja há participantes que se percebem muito distantes dos seus outros significativos) e um valor máximo bastante elevado (ou seja há participantes que se percebem como muito próximos dos seus outros significativos).

No que diz respeito à diferenciação do sistema de construtos, obtida através da percentagem de variância explicada pelo primeiro factor (PVEPF) há estudos que sugerem que uma PVEPF inferior a 37% pode indicar uma estrutura diferenciada e quando esta é superior a 47% indica uma estrutura indiferenciada (Fernandes, 2006). Logo verificamos que a maioria das participantes deste grupo parece apresentar um sistema de construção pouco diferenciado, contudo há pacientes cujo sistema de construtos é mais indiferenciado do que o de outras.

A literatura sugere que índices de polarização superiores a 28,5% indicam uma “estrutura rígida e polarizada” (Fernandes, 2006). A análise da Tabela 1 mostra que há participantes com valores de índice de polarização muito superior a 28,5% e outras com valores muito distantes. Embora a média de polarização esteja mais próxima do valor máximo, e indique que há participantes que parecem ter sistemas de construção rígidos e polarizados, há também algumas participantes em que isso não se verifica.

Todas as participantes do estudo apresentam sintomatologia depressiva, contudo esta varia entre níveis de depressão moderada e níveis de depressão severa.

No sentido de testar as hipóteses descritas acima, fizeram-se análises de correlação entre o valor total do BDI-II e os indicadores de construção pessoal *Eu Actual – Eu Ideal*, *Eu Actual – Outros*; proporção de dilemas, intensidade de dilemas, PVEPF e polarização. Os resultados referentes a estas análises encontram-se na Tabela 2.

Das várias análise apenas se verificou existir uma correlação negativa marginalmente significativa entre o BDI-II e a intensidade de dilemas ($r = -.60, p < .10$), sendo que as restantes análise não resultaram em relações significativas ($p < .05$).

Tabela 2. Correlações entre BDI-II e os índices de conteúdo e de estrutura retirados das análises da grelha de repertório.

	Proporção	Intensidade	Correlação Eu-Ideal	Correlação Eu-Outros	Correlação Ideal-Outros	PVEPF	Polarização
BDI-II	.15	-.60 +	-.31	.07	.26	.13	.23

+ $p < .10$

Breve discussão

Começamos por observar que a percentagem de dilemas implicativos encontrada neste estudo (55,6 %) é consistente com os resultados encontrados na literatura, o que confirma a hipótese inicialmente colocada. Um estudo recente de Feixas, Saúl e Ávila-Espada (2009a) mostrou existir dilemas implicativos em 52,10 % da população clínica, e com uma proporção de dilemas de 4,37 %. Embora o nosso objectivo fosse centrado nos dilemas implicativos em populações deprimidas, pareceu-nos relevante tomar como comparação estudos com populações com outras perturbações, tendo em conta que os dilemas em populações com perturbação depressiva não foram ainda muito explorados. Assim, este resultado sugere que, uma vez que os dilemas implicativos significam uma ameaça à identidade do self, o facto da maioria das participantes os apresentarem, a perturbação depressiva está associada a uma fragilidade no movimento de reconstrução pessoal.

Os resultados da Tabela 1 mostram-se muito discrepantes quando analisamos as diferenças elevadas entre o mínimo e o máximo do valor de cada variável. Isto significa que neste grupo de participantes existe uma grande heterogeneidade de valores quando medimos os índices de estrutura e os de conteúdo dos construtos pessoais. Podemos afirmar que não há um padrão, nem podemos traçar um perfil do sistema de construtos pessoais comum aos sujeitos com perturbação depressiva no que diz respeito à auto-estima, ao isolamento social percebido, à diferenciação do sistema e à polarização das construções, devido ao número reduzido da amostra.

Quando analisamos os resultados dos índices de conteúdo verificamos que no que diz respeito à auto-estima (correlação *Eu - Eu ideal* – calculada com base nas distâncias entre a construção do *Eu actual* e a construção do *Eu ideal*), verificamos existir uma elevada discrepância, ou seja não podemos afirmar que as participantes deste estudo têm baixa ou elevada auto-estima. No entanto, Feixas e colaboradores (2008) verificaram que sujeitos com perturbação depressiva major têm auto-estima baixa quando comparados com uma população não-clínica. Verificamos que a auto-estima tende a diminuir com o agravamento da depressão, como verificou Sheehan (1985), apesar da ausência de significância estatística.

Neimeyer (1985, citado por Feixas e colaboradores, 2008) sugeriu que à medida que aumenta a gravidade da sintomatologia depressiva os sujeitos fazem mais construções negativas sobre os outros. O nosso estudo apresentasse nesse sentido, ou seja, parece que quanto maior a nível de sintomatologia depressiva maior dificuldade os deprimidos têm em estabelecer semelhanças, em termos de sistema de significação, com os outros.

Alguns estudos na tentativa de perceber como se organiza, em termos de conteúdo e estrutura, o sistema de construtos de sujeitos com perturbação depressiva verificaram que o seu sistema de significação é pouco diferenciado e fortemente organizado (rígido), ou seja são sistemas de construção essencialmente unidimensionais (Sheehan, 1981; 1985). Os resultados deste estudo vão no sentido de confirmar os estudos anteriores. Na amostra em estudo, o primeiro factor explica uma grande

percentagem da variância da construção. Isto sugere que os deprimidos fazem construções indiferenciadas das suas experiências, ou seja com base nas mesmas dimensões de significado pessoal. Os resultados sugerem que as construções indiferenciadas aumentam à medida que aumenta a gravidade da sintomatologia depressiva, ainda que não sejam estatisticamente significativos. No estudo de Sheehan (1981) os deprimidos demonstraram estruturas de self menos diferenciadas do que o grupo controle. No que diz respeito à polarização das construções, os resultados indicam que os quanto maior o nível de sintomatologia depressiva mais rigidificada, menos flexível e polarizada é a estrutura de significação pessoal, embora os resultados encontrados não se revelem estatisticamente significativos.

Contudo verificamos existir uma relação negativa, ainda que estatisticamente seja marginalmente significativa, entre a sintomatologia depressiva e a intensidade dos dilemas implicativos. Esta intensidade representa a força dos dilemas, ou seja a medida em que estes estão mais ou menos ligados ao sistema de construção pessoal. Assim parece que maior severidade da sintomatologia depressiva está relacionada com menor intensidade dos dilemas. Este resultado é, no entanto, contrário ao esperado, ou seja seria de esperar que quanto maior o nível de sintomatologia depressiva mais fortemente ligados ao sistema de construção estivessem os dilemas. Parece-nos que uma vez mais o número reduzido da amostra não permite tirar conclusões viáveis deste resultado.

Este estudo teve como principal objectivo a identificação de dilemas implicativos em pacientes deprimidos assim como a sua classificação com base no Sistema de Classificação de Construtos. Assim decidimos fazer um primeiro estudo de natureza quantitativa para dar suporte e permitir uma introdução e uma discussão mais fundamentada do estudo qualitativo.

Estudo 2

Metodologia

Questão: Qual o tipo de significados associados aos dilemas implicativos em pacientes deprimidos?

Participantes

Neste estudo participaram todas as pacientes do sexo feminino (n=10) que no estudo quantitativo apresentaram dilemas implicativos resultantes da análise das grelhas de repertório. Estas participantes têm idades compreendidas entre os 19 e os 52 anos, com média de 35,30 (DP = 10,71). Das dez que participaram neste estudo, apenas nove frequentavam psicoterapia, e o tempo de frequência de psicoterapia variava entre 0 e 4 anos, com média de 1,44 (DP = 1,42). Os restantes dados demográficos relativos a este grupo de participantes encontram-se sumariados na Tabela 4.

Tabela 3. Dados demográficos das participantes com dilemas implicativos

Variável		N	%
Estado Civil	Casada	6	60
	Solteira	4	40
Escolaridade	1º Ciclo	3	30
	2º Ciclo	2	20
	3º Ciclo	1	10
	12º Ano	3	30
Profissão	Curso Superior	1	10
	Desempregada	3	30
	Baixa Médica	2	20
	Estudante	2	20
	Costureira	1	10
	Reformada	1	10
Psicoterapia	Engenheira Têxtil	1	10
	Sim	6	60
Problema de saúde	Não	4	40
	Sim	9	90
Toma medicação	Não	1	10
	Sim	9	90
	Não	1	10

Instrumentos

Dilemas implicativos: *Grelha de Repertório*

Para percebermos se as participantes apresentavam ou não dilemas implicativos e, em caso afirmativo quantos e quais seriam, recorreremos à metodologia da Grelha de Repertório, já descrita nos instrumentos do estudo 1.

Tipologia dos construtos pessoais: *Sistema de Classificação dos Construtos Pessoais*

O Sistema de Classificação dos Construtos Pessoais (Feixas, Geldschlager & Neimeyer, 2002) é um instrumento que categoriza o conteúdo dos construtos pessoais em áreas temáticas, num total de

45 categorias, agrupadas em 6 áreas temáticas (Moral, Emocional, Relacional, Pessoal, Intelectual/Operacional, Valores e Interesses), e duas áreas complementares (Existencial e Descritores Específicos).

A área Moral relaciona-se com “*a avaliação do indivíduo relativamente aos valores morais da pessoa ou elemento descrito*” (Feixas e colaboradores, 2002) e engloba características como a bondade, generosidade ou justiça agrupadas em 9 categorias específicas (ex. Bom / Mau).

A área Emocional refere-se “*a elementos de diferenciação relativamente ao grau de emocionalidade ou sexualidade da pessoa descrita, da sua atitude emocional perante a vida ou relativamente a certos sentimentos específicos*”. Nesta área evidenciam-se 8 categorias específicas (ex. Optimista / Pessimista).

A área Relacional engloba “*aspectos descritivos do tipo de relacionamento com os outros*”, e agrupa os construtos em 9 categorias específicas (ex. Extrovertido / Introverso).

As características relativas à “*personalidade, carácter ou forma de ser*” incluem-se na área Pessoal divididas por 9 categorias específicas (ex. Activo / Passivo).

A quinta área, Intelectual / Operacional, é relativa a uma “*variedade de competências, habilidades e conhecimentos quer a nível intelectual quer a nível operacional*.” Oito categorias específicas resumem esta área (ex. Capaz / Incapaz).

A última área temática, Valores e Interesses, inclui construtos relativos a “*valores ideológicos, religiosos ou específicos*” e também outros interesses diversificados como música, desporto ou outros, agrupados em 3 categorias específicas (ex. Valores ideológicos, políticos, religiosos, sociais, morais e de género).

O Sistema de Classificação de Neimeyer, Anderson & Stockton (2001) inclui 2 categorias suplementares. A primeira é a área Existencial que se refere à “*avaliação de projectos existenciais centrais ou de apreciação, relacionados com o sentido da vida, busca de propósitos e significados ou derradeiro sentido das coisas*” (Neimeyer e colaboradores, 2001). Nesta área existem 3 categorias específicas (ex. Com Objectivos / Sem Objectivos).

A área Descritores Específicos agrupa construtos relacionados com características concretas em relação às pessoas ou às suas acções em 4 categorias específicas (ex. Características físicas).

Procedimento

Numa primeira fase foram identificados os dilemas a partir da análise das grelhas recolhidas para o estudo 1, com recurso ao programa Record, versão v.4. Posteriormente foram listados todos os construtos identificados nas grelhas e inseridos numa tabela constituída por sete colunas. Uma coluna com todos os construtos de cada participante e uma para cada domínio do Sistema de Classificação dos Construtos (área temática) com as categorias correspondentes. Cada construto foi codificado colocando um X na categoria do domínio associado. Esta codificação foi realizada por dois juízes

independentes, calculando-se depois o acordo entre ambos que foi de 93,66% (n=205). Depois de calculado o acordo, calculou-se a frequência de construtos para cada domínio. Em seguida identificou-se o domínio associado aos construtos discrepantes e congruentes a fim de perceber em que áreas se situam maioritariamente os dilemas implicativos e as áreas associadas aos impasses de mudança.

Resultados do estudo 2

Começamos por apresentar os resultados relativos à categorização de todos os construtos, inclusive os construtos não dilemáticos. Em seguida, discriminamos essa categorização por construtos congruentes e construtos discrepantes.

Como se pode observar na Tabela 5 a categoria de construtos emocional é a que agrupa um maior número de construtos. O sistema de significação de construtos das participantes deste estudo parece ser constituído maioritariamente por construtos de natureza emocional, moral e relacional, respectivamente.

Como podemos observar na Tabela 6 os construtos congruentes agrupam-se maioritariamente no domínio de significação moral. Já os construtos discrepantes encontram-se claramente na dimensão de significado emocional, como se pode constatar pela análise da Tabela 7.

Em seguida estabelecemos relações entre os construtos congruentes e discrepantes no sentido de compreender em que sentido as mudanças eram desejadas e quais os domínios associados ao impasse dessa mudança. Assim, a Tabela 8 resume os domínios nos quais se encontram os construtos (congruentes) que estão a impedir as mudanças desejadas pelos deprimidos. Verificamos que essas mudanças situam-se maioritariamente no domínio emocional (ex. triste/alegre) e são difíceis de fazer devido a significações do domínio moral (ex. correcta/egoísta).

Tabela 4. Percentagem de Construtos por Categorias

Categorias de Construtos	% de Construtos (n)
Moral	25,56 % (46)
Emocional	30,56 % (55)
Relacional	22,22 % (40)
Pessoal	13,89 % (25)
Intelectual / Operacional	2,22 % (4)
Valores e Interesses	5,00 % (9)
Descritores Específicos	0,56 % (1)

Tabela 5. Percentagem de Construtos Congruentes por Categorias de Construtos

Categorias de Construtos	% de Construtos Congruentes (n)
Moral	55,56 % (20)
Emocional	22,22 % (8)
Relacional	16,67 % (6)
Pessoal	0
Intelectual / Operacional	0
Valores e Interesses	5,56 % (2)

Tabela 6. Percentagem de Construtos Discrepantes por Categorias de Construtos

Categorias de Construtos	% de Construtos discrepantes (n)
Emocional	72,22 (26)
Pessoal	11,11 (4)
Intelectual/Operacional	11,11 (4)
Relacional	2,78 (1)
Moral	2,78 (1)
Valores e Interesses	0

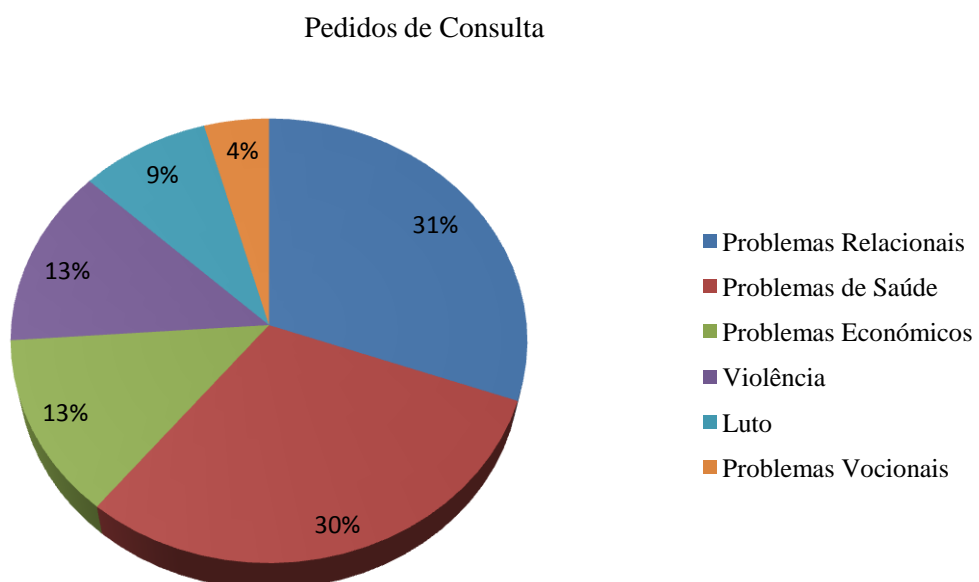
Tabela 7. Impasses na mudança pessoal

		<u>Categorias de Construtos</u>	
		<i>Congruentes</i>	<i>Discrepantes</i>
Domínio	% (n)		
Moral	57,69 (15)		
Emocional	19,23 (5)	←	EMOCIONAL (26)
Relacional	19,23 (5)		
Valores e Interesses	3,85 (1)		

Dilemas implicativos em pacientes deprimidos

Emocional	100 (1)	←	RELACIONAL (1)
Valores e Interesses	100 (1)	←	MORAL (1)
Moral	50 (2)		
Emocional	25 (1)	←	PESSOAL (4)
Relacional	25 (1)		
Moral	75 (3)	←	INTELECTUAL/ OPERACIONAL (4)
Emocional	25 (1)		

Imagem 2. Pedidos de consulta



Como podemos observar na Imagem 2 a maioria dos pedidos de consulta estão relacionados com problemas relacionais (com os pais, o namorado, o cónjuge, o filho, o patrão e entre irmãos) e

problemas de saúde (no útero, nos intestinos, tumores e fibromialgia). Outros pedidos referiam-se a problemas económicos (desemprego), e violência (violência doméstica quer física, psicológica e sexual, e violência psicológica no trabalho). É importante salientar que estes resultados não representam uma proporção de um pedido por paciente, uma vez que houve pacientes que apresentaram mais do que um pedido de consulta.

Breve discussão

As participantes do estudo mostraram uma clara maioria de dilemas implicativos ao nível emocional. Estudos de Silverman (1977, citado por Maia, 2001) indicam que os deprimidos utilizam construtos relacionados com o seu humor, com tendência para serem mais globais e inflexíveis quando confrontados com questões de conotação emocional. Isto parece estar de acordo com os sintomas associados à perturbação depressiva que se referem muitas vezes a humor deprimido (tristeza) ou irritável, desânimo, falta de interesse (APA, 2002). Estes dilemas indicam que os deprimidos desejam fazer mudanças relacionadas com a sua atitude emocional perante a vida ou relativas a emoções e sentimentos específicos. Contudo estas mudanças são dificultadas sobretudo por questões de ordem moral, ou seja relacionadas com os valores morais do sujeito, como a bondade, a justiça, a sinceridade e outras características semelhantes. Os construtos de conteúdo moral parecem ser construtos mais resistentes à mudança, uma vez que estão relacionados com a identidade. Isto parece coerente com o que Kelly denominou de constrição, construção típica dos deprimidos, ou seja, durante este processo de constrição os deprimidos excluem do seu campo perceptual tudo o que possa provar ansiedade e imprevisibilidade dos acontecimentos e experiências, de forma a manter a coerência do sistema. Assim faz sentido que os construtos de ordem moral sejam os que estão a impedir o movimento de reconstrução do sistema de construtos da experiência depressiva. Estes construtos estão relacionados de alguma forma com o ter valor, e possivelmente com o ser aceite pelos outros, daí os resultados indicarem que os deprimidos ainda que dejessem mudar construtos relacionados com questões emocionais, os de ordem moral, por serem mais estáveis e mais coerentes, dificultam essa mudança.

Também os resultados da Tabela 6 corroboram com esta ideia, ao apontar os construtos congruentes como situados maioritariamente no domínio moral. Os construtos congruentes são os que definem o sujeito, e parecem estar relacionados com qualidades pessoais sobre as quais o sujeito pode sentir orgulho, logo não requerem mudanças. Logo, parece que os sujeitos deprimidos preferem manter o humor deprimido ou irritável, e outras questões emocionais indesejadas, a perder a sua identidade. Do ponto de vista do construtivismo, esta resistência à mudança funciona como um processo de autoproteção que salvaguarda a coerência e a integridade do sistema e o protege de mudanças nucleares súbitas (Feixas & Villegas, 2000, citado por Feixas e colaboradores, 2001).

Os resultados de um estudo de Fernandes (1993), no qual a autora categorizou os construtos pessoais dos deprimidos, apresentam como categorias exclusivas dos sujeitos com perturbação depressiva a *religiosidade*, a *integridade moral* e a *aparência*. Estas categorias parecem semelhantes às categorias

da área moral do Sistema de Classificação de Construtos, o que nos leva a sugerir que as questões morais como a bondade, a generosidade, a humildade, o respeito, a honestidade, a sinceridade, a justiça, a responsabilidade e outras características semelhantes estão presentes nas construções dos deprimidos e em relação aos quais não desejam fazer mudanças, ou pelo menos oferecem maior resistência à mudança. Como podemos observar, não há dilemas ao nível da área dos valores e interesses. Fernandes (1993) sugeriu que os deprimidos utilizam com mais frequência e dão mais importância à dimensão interesse/desinteresse para construir as suas mudanças pessoais, apontando como categoria central o *interesse*. Isto sugere que os deprimidos não têm dúvidas e sentem-se confortáveis com os seus valores ideológicos, políticos, religiosos, sociais, morais e de género, uma vez que os construtos desta área parecem ser os que definem mais fortemente a sua identidade, logo não desejam fazer mudanças para não pôr em causa a estabilidade do sistema de construções, ou seja a identidade.

Carretero, Feixas, Pellungrini & Gutiérrez, 2001) sugerem que em pacientes com fobia social, a maioria dos dilemas implicativos estão relacionados com a natureza da problemática. No nosso estudo, verificamos que os pedidos de consulta não estão directamente relacionados com os dilemas. Os pedidos são sobretudo exteriores ao sujeito, ou seja as pacientes não vão à consulta de psicoterapia com o desejo de fazer mudanças interpessoais, pelo menos numa primeira fase. Parece que chegam à consulta e desejam que o terapeuta mude factores exteriores a si (factores económicos, relacionais, etc.) sem que, no entanto, mude factores interpessoais, como a identidade, ou a personalidade, daí a maioria dos construtos congruentes serem do domínio moral e não se encontrarem dilemas implicativos ao nível dos valores e interesses. Mesmo assim a maioria dos dilemas são emocionais, ou seja parecem relacionados com a sintomatologia depressiva.

3. Discussão dos resultados

A Teoria dos Construtos Pessoais vê a actividade humana como um processo de criação (Botella & Feixas, 1998). O comportamento do ser humano depende da forma como este constrói os seus acontecimentos e experiências e lhes atribui significado. Como já vimos, o sistema de construção está hierarquicamente organizado, sendo os construtos nucleares os que definem a identidade do sujeito, logo estes construtos provocam resistência à mudança uma vez que altera-los implica perder o sentido de identidade e causa ansiedade. Assim, o principal objectivo do estudo foi a caracterização do sistema de construção pessoal de pacientes com perturbação depressiva, nomeadamente no que diz respeito à presença de dilemas implicativos e a categorização do seu conteúdo. Decidimos realizar um primeiro estudo de natureza quantitativa para descrever o conteúdo e estrutura dos sistemas de construção dos deprimidos, para que este introduzisse o estudo qualitativo e apresentasse alguma fundamentação ao mesmo. No entanto a amostra revelou-se reduzida e logo insuficiente para obter resultados estatisticamente significativos não permitindo tirar conclusões desse primeiro estudo.

Mesmo assim aponta no sentido da confirmação das hipóteses inicialmente colocadas e parece ir de encontro ao que outros estudos já apontaram (Feixas e colaboradores, 2008); Sheehan, 1985). A depressão está inversamente relacionada com a auto-estima e o sistema de construção de sujeitos com esta perturbação a apresentasse rígido, fixo, polarizado e tendencialmente unidimensional.

É também importante referir que inicialmente se fez uma análise dos resultados no programa Record v.4 tendo como ponto de coorte uma significância de 0.35, da qual resultaram 7 grelhas de repertório com dilemas implicativos. Como se revelaram poucas para fazer análises e obter resultados mais conclusivos fez-se uma segunda análise tendo como ponto de coorte uma significância de 0.20, utilizada normalmente com populações clínicas, da qual resultaram 10 grelhas com dilemas implicativos. Assim todos os resultados dizem respeito a esta segunda análise.

Este estudo, no seu todo, permitiu desenvolver o conhecimento dos processos depressivos associados à perturbação depressiva, nomeadamente no que diz respeito aos dilemas implicativos. Não existem muitos estudos sobre dilemas implicativos nesta população, logo este projecto um pouco pioneiro ao tentar caracterizá-los. Assim, verificamos que os dilemas implicativos são frequentes em sujeitos deprimidos, como podemos observar pela sua presença em mais de metade das participantes. A análise destes dilemas permitiu traçar orientações em termos da direcção das mudanças desejadas pelos deprimidos, contudo impedidas ou dificultadas pela rigidez das suas construções.. Assim, o seu sistema de construtos parece ser constituído sobretudo por construtos de dimensão moral, mais estáveis e vinculados à identidade pessoal, não permitindo que façam as mudanças emocionais desejadas. Mudar questões emocionais implicaria mudar questões morais, mudanças essas não desejadas. E, uma vez que o processo de construção é central na experiência depressiva, estes embora desejem mudar preferem manter-se coerentes às suas construções a ver a sua identidade invalidada. Assim, como afirmam Feixas & Saúl (2004), enquanto os sujeitos não conseguirem rever o seu sistema de construção, a invalidação dos seus construtos provocará emoções indesejadas, muitas vezes associadas a sintomas. Esta parece ser a principal implicação deste estudo, ou seja identificando os dilemas em populações clínicas, em particular populações depressivas, os terapeutas podem ajudar os sujeitos a reformular o seu sistema de construção pessoal, ajudando à dissolução dos sintomas (Fernandes, Senra & Feixas, 2009). Feixas e colaboradores (2008) verificaram uma significativa redução de dilemas ao longo da terapia, logo parece importante identificá-los e percebê-los nas mais diversas perturbações para intervir sobre eles.

O estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar importa referir que inicialmente estava previsto um estudo comparativo entre pacientes deprimidos e uma amostra não-clínica (sem sintomas depressivos) quanto à presença e número de dilemas. Contudo, tendo em conta que a recolha de dados teve lugar numa unidade de saúde familiar, em que a população que recorre aos seus serviços durante a semana é maioritariamente reformada, sem nível de instrução básica e de idade superior a 60 anos, tornou-se difícil recolher dados de grelhas de repertório suficientes para análise. É ainda pertinente chamar a atenção para o facto de os participantes serem apenas do sexo feminino, isto

porque que na referida unidade de saúde apenas se encontrava um homem em psicoterapia com sintomas depressivos. Assim, optou-se por um estudo descritivo e exploratório apenas da população deprimida do sexo feminino. O facto de serem apenas participantes do sexo feminino não permite estabelecer relações de semelhança ou diferenciação entre géneros, nem permite generalizar os resultados encontrados à população masculina.

A principal limitação do estudo é o número reduzido da amostra. A metodologia da Grelha de Repertório é um procedimento demorado e de alguma complexidade cognitiva. Logo, tendo em conta a elevada idade e baixa instrução dos pacientes da unidade de saúde familiar, apenas foi possível reunir dados relativos a 18 pacientes. Com referido, além do número de participantes ser reduzido, apresenta reduzido nível de instrução e nível socioeconómico baixo, o que pode estar a interferir com os resultados, dada a complexidade da metodologia utilizada. Quase a totalidade das participantes estava a tomar psicofármacos, o que pode estar a funcionar como uma variável parasita (Sheehan, 1985).

Neste sentido revela-se pertinente desenvolver investigações futuras sobre os dilemas implicativos em populações deprimidas, com um número de participantes aumentado, estabelecendo diferenças entre géneros. Se possível, o ideal seria um estudo em populações deprimidas que não estivessem a tomar psicofármacos e no início da terapia.

4. Conclusão

Devido ao elevado número de limitações já discutido o estudo não permite tirar muitas conclusões. Ainda assim, concluímos que o sistema de construtos pessoais dos deprimidos é rígido e polarizado e pouco diferenciado, e parece constituído sobretudo por construtos de ordem moral. Este sistema de construção maioritariamente constituído de características morais está a impedir as mudanças emocionais que os deprimidos desejam fazer.

Embora este estudo não tenha tido como objectivo avaliar a evolução dos dilemas implicativos ao longo da terapia, dada a percentagem elevada da sua presença nas participantes deste estudo, a terapia revelar-se-ia uma vantagem para a sua resolução. Tendo em conta que a depressão é uma perturbação muito prevalente e de demorada resolução, esperamos com este estudo ter contribuído para a compreensão dos processos envolvidos nesta perturbação. Assim, este trabalho vem realçar a importância do estudo dos dilemas implicativos em populações depressivas, dando visibilidade a um tema que tem sido pouco explorado. Além disso, os dilemas têm sido pouco estudados em Portugal, pode verificar-se pela revisão da literatura feita essencialmente com estudos espanhóis.

Neste sentido, esperamos ter dado um contributo inovador, e que este trabalho represente um incentivo para a continuidade da pesquisa nesta área.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl-Gutiérrez, L. & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 4, Nº 1, pp. 105-119.

Berlinck, M. & Férida, P. *A clínica da depressão: questões actuais*. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., III, 2, 9-25

Botella, L. & Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.

Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I. & Saúl-Gutiérrez, L. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.

Domínguez, V. & Feixas, G. (2005). *Indicadores de Conflicto Cognitivo en la Técnica de Rejilla y su Relación con el Cuestionario Sintomático SCL-90-R*.

Feixas, G., Bach, L. & Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 297-311.

Feixas, G., Caicedo, M., Harter, S. & Bach, L. (2007). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cogn Ther Res*, 32, 386-400.

Feixas, G., Cipriano, D. & Domínguez, N. (2007). Somatización y Conflictos Cognitivos: Estudio Exploratorio com uma Muestra Clínica. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*. XVI, 197-203.

Feixas, G., Hermosilla, S., Compañ, V. & Dada, G. (2009). Camino Hacia El Coraje: Terapia de Constructos Personales en un Caso de Depresión Mayor, Fibromialgia Y Otras Comorbilidades. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, XVIII, 241-251.

Feixas, G. & Saúl-Gutiérrez, L. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 7, No. 1, 69-78.

Feixas, G., Saúl-Gutiérrez, L., Winter, D. & Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, Vol. 26, No. 2, 243-255.

Feixas, G., Saúl-Gutiérrez, L. & Ávila-Espada, A. (2009a). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22: 141–169.

Feixas, G., Saúl-Gutiérrez, L., Espada, A. & Rodríguez, V. (1999). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 1: 5-13.

Feixas, G., Saúl-Gutiérrez, L., Ávila-Espada, A. & Rodríguez, V. (2001). Implicaciones Terapéuticas de los Conflictos Cognitivos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, X, 1, 5-13.

Fernandes, E. (1993). *Exploração de constructos pessoais sobre o self em mudança – Um estudo preliminar com sujeitos depressivos e agorafóbicos*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.

Fernandes, E. (2001). A Grelha de Repertório. En E. Fernandes e L.S. Almeida (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 77-108). Braga: CEEP-UM.

Fernandes, E. (2006). When what I wish makes me worse... to make coherence flexible. *Psychology and Psychotherapy: Theory and Practice*, 00, 1-17.

Fernandes, E. & Gonçalves, O. (1997). Exploração de Constructos Pessoais sobre o Self em Mudança em Pacientes Depressivos e Agorafóbicos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 33-52.

Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D. & Feixas, G. (2005). Dilemas Implicativos e Ajustamento Psicológico: Um Estudo com Alunos Recém-Chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Nº 2, V 5, Granada, Espanha.

Fernandes, E., Senra, J. & Feixas, G. (2009). *Psicoterapia Construtivista: Um modelo centrado em dilemas*. Braga: Psiquilibrios.

Fernández, A., Haro, J., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Carulla, L., Mateos, J., Fullana, M. & Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialized care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.

Ingram, R., Miranda, J. & Segal, Z. (1998). *Cognitive vulnerability to Depression*. New York: Guilford.

Mahoney, M. (1995). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas – Teoría, investigación y práctica*. Desclée de Brouwer. Espanha.

Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Psiquiatria Clínica*, 22, (2), pp. 197-204.

Maia, A. (2001). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, Chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.

Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós. Espanha.

Rowe, D. (1976). *The experience of depression*. John Wiley & Sons.

Saúl, L. (2005). *El Papel de los Conflictos Cognitivos en la Salud Mental: Implicaciones Para El Cambio Terapéutico*. Tese de Doutoramento, Salamanca, Espanha.

Senra, J., Feixas, G. & Fernandes, E. (2007). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de psicoterapia*, Vol. XVI, nº 63/64, pp. 179-201.

Sheehan, M. (1981). Constructs and “conflict” in depression. *British Journal of Psychology*, 72, 197-209.

Sheehan, M. (1985). A personal construct study of depression. *British Journal of Psychology*, 58, 119-128.

Spokane, A. (1992). Personal constructs and careers: A reaction. *Journal of Career Development*, Vol. 18(3).

Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L. & Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. *Terapia psicológica*, 201-231. Madrid: Pirámide.

Anexos

Anexo 1: Documento de Aceitação de Participação e Confidencialidade dos Dados

Documento de Aceitação de Participação e Confidencialidade de Dados

Declaro que tomei conhecimento do estudo *Dilemas Implicativos em Pacientes Deprimidos*, cujos objectivos são caracterizar a construção de significado pessoal dos pacientes com perturbação depressiva, em particular os dilemas implicativos (conflitos cognitivos) associados aos impasses na mudança pessoal e compreender como os dilemas implicativos dos pacientes deprimidos se relacionam com o pedido de ajuda em psicoterapia.

Declaro ainda, voluntariamente participar no estudo, nomeadamente no auxílio da recolha e selecção dos participantes.

Declaro ainda manter no anonimato e confidencialidade todos os dados de identificação dos pacientes abordados para participar no estudo *Dilemas Implicativos em Pacientes Deprimidos*, nomeadamente moradas e contactos telefónicos, bem como os seus diagnósticos ou outras informações médicas.

O Médico/ A Psicóloga

Anexo 2: Consentimento Informado

Consentimento Livre e Informado

O meu nome é Tatiana Gonçalves, sou aluna do Mestrado Integrado da Universidade do Minho e estou a solicitar a sua participação num estudo sobre a Construção de Significado Pessoal em Pacientes Deprimidos, no âmbito da minha tese de Mestrado.

O estudo tem como objectivo caracterizar a construção de significado pessoal dos pacientes com humor deprimido, em particular os dilemas implicativos (conflitos cognitivos) associados aos impasses na mudança pessoal e comparar com uma população controlo (sem humor deprimido).

A recolha dos dados será feita através de um *questionário de auto-relato* para avaliar humor deprimido, uma *entrevista estruturada* para avaliar psicopatologia e uma *entrevista semi-estruturada* para avaliar as construções de significado geradoras de conflito. A recolha dos dados será feita em dois momentos, que podem demorar cerca de 50 minutos cada.

Agradeço desde já a sua participação e o tempo que possa disponibilizar para tal.

Assinatura do Investigador

(Tatiana Gonçalves)

Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

As minhas respostas ou informações são estritamente confidenciais e a minha participação é voluntária, pelo que poderei desistir em qualquer momento do seu decurso, sem qualquer prejuízo para os meus direitos assistenciais.

Aceito participar no estudo apresentado.

Assinatura do Participante

Código _____

Anexo 3. Ficha demográfica

Dados demográficos

Código: _____

Sexo: Feminino Masculino

Data de Nascimento: __/__/____

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado/Separado Viúvo

Grau de Escolaridade: 1º Ciclo (Antiga 4ª Classe) 2º Ciclo (Antigo 6º Ano) 3º

Ciclo (9º Ano) 12º Ano Curso Superior

Profissão: _____

Está em Psicoterapia: Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Se não, já esteve? Sim Não

Tem algum problema de saúde: Sim Não

Se sim, qual? _____

Toma medicação: Sim Não

Se sim, qual? _____

Anexo 4. Matriz da Grelha de Repertório

- 1. _____ 1. _____
- 2. _____ 2. _____
- 3. _____ 3. _____
- 4. _____ 4. _____
- 5. _____ 5. _____
- 6. _____ 6. _____
- 7. _____ 7. _____
- 8. _____ 8. _____
- 9. _____ 9. _____
- 10. _____ 10. _____
- 11. _____ 11. _____
- 12. _____ 12. _____
- 13. _____ 13. _____
- 14. _____ 14. _____
- 15. _____ 15. _____

	Eu Actual	Mãe	Pai	cônjuge	Amigo mesmo sexo.	Amigo sexo oposto	Pessoa desagradh.	Eu ideal.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

1. Muito	4. Ponto médio	5. Um pouco
2. Bastante		6. Bastante
3. Um pouco		7. Muito