



UC/FPCE \_ 2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A Importância da Clivagem na Perturbação Borderline da  
Personalidade**

Vânia dos Santos Faustino (vaniafaustino@live.com.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Subárea  
de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas  
Sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

## **A Importância da Clivagem na Perturbação Borderline da Personalidade**

**Resumo:** O objetivo primordial deste trabalho é o estudo da estrutura defensiva dos pacientes Borderline, particularmente do mecanismo de defesa Clivagem. Trata-se de um estudo exploratório de carácter correlacional e que pretende validar a relação entre os mecanismos de defesa medidos pelo DSQ-40 e a Perturbação de Personalidade Borderline, em comparação com outras patologias mentais. O protocolo envolve os seguintes instrumentos: Borderline Personality Questionnaire, Inventário de Depressão de Beck, Defense Style Questionnaire-40 e Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Foram estudados um total de 228 sujeitos integrados em três grupos: um grupo Borderline (N = 67), um grupo com outras patologias (N = 39) e um grupo de controlo (N = 122). Os resultados evidenciam que o mecanismo de defesa Clivagem não é o mais usado pelos pacientes Borderline, verificando-se que outras patologias como a Depressão ou Ansiedade Fóbica recorrem mais a este tipo de mecanismo, e que os pacientes Borderline pontuam mais alto em mecanismos como Antecipação, Denegação e Isolamento.

**Palavras-chave:** Mecanismos de Defesa, Perturbação de Personalidade Borderline, Clivagem, Outras Patologias Mentais.

## **The Importance of Splitting in Borderline Personality Disorder**

**Abstract:** The primary objective of this work is the study of defensive structure of borderline patients, particularly the defense mechanism Splitting. This is an exploratory study of correlational character and pretends to validate the relationship between defense mechanisms measured by DSQ-40 and Borderline Personality Disorder, compared to other mental disorders. The protocol involves the following instruments: BPQ, BDI, DSQ-40 and BSI. 228 subjects were studied and divided into three groups: 67 in Borderline group, 39 in the group with other pathologies and 122 in the control group. The results show that the

defense mechanism of Splitting is not the most used by Borderline patients, verifying that other conditions such as Depression or Phobic Anxiety are more appealed to this type of mechanism, and that borderline patients scored higher on mechanisms such as Anticipation, Denial and Isolation.

**Keywords:** Defense Mechanisms, Borderline Personality Disorder, Splitting, Other Mental Disorders.

## **Agradecimentos**

Quando dizem que a tese será o trabalho da nossa vida, é verdade, e concluí-la é chegar ao fim dessa etapa, sentir alívio e uma enorme alegria. Foi uma etapa dura mas sempre direi que valeu a pena!

A acompanhar-me nessa etapa tive várias pessoas a quem preciso de agradecer, sem elas não chegaria aqui.

Obrigada ao meu Professor e Orientador Rui Paixão, por todos os seus ensinamentos.

Obrigada à equipa do Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria que se mostrou disponível a ajudar na concretização deste projeto.

Obrigada à Sandra Guerra que me ajudou a desmistificar a complicação que era para mim a estatística.

Obrigada ao meu namorado que me incentivou e motivou até ao fim, e que nas horas mais complicadas me fez ver que tudo iria valer a pena.

Obrigada à minha família, em particular ao meu pai e ao meu “maninho”, simplesmente por estarem aqui presentes.

Obrigada aos meus colegas de curso por todos os conselhos e dicas fulcrais na realização deste projeto.

Obrigada aos meus amigos, em particular, a Luciana, a Nita e a Lara, nunca esquecerei todo o apoio que me deram.

Obrigada à Nova Plasteste e aos meus colegas de trabalho pela compreensão ao longo deste projeto.

Obrigada aos meus colegas de treino que sem saberem deram contributos muito importantes para a realização deste projeto, ao estarem lá sempre bem-dispostos, aliviando o peso do dia-a-dia.

## Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Conceptual .....	2
1. Perturbação de Personalidade Borderline.....	2
2. Mecanismos de Defesa.....	13
2.1. A Clivagem como Mecanismo de Defesa Central no Funcionamento da Síndrome Borderline.....	15
II. Objetivos.....	21
III. Metodologia.....	22
1. Caracterização da Amostra.....	22
2. Instrumentos.....	22
2.1. Questionário Sociodemográfico.....	23
2.2. Borderline Personality Questionnaire.....	23
2.3. Inventário de Depressão de Beck.....	23
2.4. Defense Style Questionnaire 40.....	24
2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	25
3. Procedimentos de Investigação.....	25
IV. Apresentação dos Resultados.....	26
V. Discussão Dos Resultados.....	29
Conclusão.....	32
Bibliografia.....	34
Anexos.....	42

## **Introdução**

Ao longo de muito tempo os conceitos de estrutura neurótica e psicótica, eram vistos como a base para as patologias mentais. Mas o que é que acontece quando há uma “costura” destas duas linhas? Ou seja, quando estamos perante uma estrutura mental que, por um lado, ocupa um território no mundo neurótico e, por outro lado, também possui características da uma linha psicótica (Dias, 2004). Nesses casos estamos perante uma estrutura fronteira designada de estrutura Borderline. Dentro dessa estrutura, um dos diagnósticos mais comuns é a Perturbação de Personalidade Borderline. Neste estudo o objetivo prende-se com a compreensão da Perturbação de Personalidade Borderline em termos de mecanismos de defesa específicos. Neste contexto, e segundo a literatura de autores como Kernberg (1991), a clivagem tem vindo a ser referida como o mecanismo mais comum e específico destes sujeitos.

Com o auxílio de alguns instrumentos adequados às necessidades e objetivos pretendidos, foi feita uma avaliação dos mecanismos de defesa Borderline, comparativamente com outras patologias e também sujeitos sem qualquer patologia, no sentido de apurar a importância deste mecanismo e rever o seu estatuto no seio da Perturbação da Personalidade Borderline.

Ao longo do primeiro capítulo será abordada a problemática Borderline, dando-se a conhecer no que consiste a Perturbação de Personalidade Borderline e as suas especificidades, tais como, as suas características mais particulares e os mecanismos de defesa mais utilizados.

Posteriormente, no segundo capítulo são explicados os objetivos deste estudo que se prendem com a procura de uma relação de especificidade entre o mecanismo de defesa Clivagem e a Perturbação de Personalidade em estudo.

Mais adiante, ao longo do terceiro capítulo é feita a caracterização da amostra usada neste estudo, tal como os instrumentos que serviram de auxílio para o cumprimento dos objetivos, e por fim, uma descrição dos

procedimentos de investigação que permitiram chegar aos resultados.

No quarto capítulo é feita a apresentação dos resultados acompanhada de uma pequena análise.

Por último, no quinto capítulo, é feita a discussão dos resultados, procurando entendê-los do ponto de vista da Psicologia, numa tentativa de colocar hipóteses explicativas desses mesmos resultados.

## **I. Enquadramento Conceptual**

### **1. A Perturbação de Personalidade Borderline**

Segundo Dias (2004) o conceito Borderline surgiu pela primeira vez em 1884 através de Hughes, mas outros autores consideram que o conceito só surgiu mais tarde em 1938 através de Adolf Stern, para caracterizar quadros marcados por “narcisismo, sangramento psíquico, hipersensibilidade desordenada, rigidez psíquica, reações terapêuticas negativas, sentimentos de inferioridade, masoquismo, ansiedade somática, projeção e dificuldades no teste de realidade” (Faria, 2003, p. 6). É, portanto, um grupo cujas características se situam numa espécie de fronteira entre a neurose e a psicose, numa estrutura de “tronco-comum”, também conhecida por “Estados-Limite” da personalidade (Dias, 2004; Faria, 2003).

Inicialmente pouca referência foi feita a este termo, dado que só na década de 70 alguns estudiosos defenderam a importância de criar uma nova categoria de diagnóstico, e apenas na 3ª edição do DSM (1980) esta patologia aparece como um diagnóstico: “Perturbação de Personalidade Borderline”. Hoje o diagnóstico é comum à DSM e à Classificação da Organização Mundial de Saúde (CID-10) (Faria, 2003).

A personalidade Borderline é um quadro clínico que habita a fronteira entre a psicose e a organização mais depressiva da neurose. Segundo Matos (2012) é entre o Borderline e a depressão que se faz a divisão do mundo da psicose e da neurose, ou seja, um funcionamento mental de supercompensação narcísica que tenta esconder a fragilidade do self e em simultâneo fugir à dor da depressão. É como se o sujeito

Borderline se encontrasse numa luta constante contra um estado depressivo, havendo como que um caso-limite da depressão, mas no qual o sujeito fica aquém desta, e em que por um lado encontramos um sentimento de desespero, e por outro uma desesperança, assente numa réstia de esperança.

Alguns autores, como André Green (citado por Faria, 2003) e Schwartz-Salant (1997), ao contrário do que é defendido por Dias, consideram que a categoria Borderline não deve ser vista como algo que reside entre a psicose e a neurose, mas sim como um modelo com identidade própria. De acordo com essa visão Kernberg (1991) começou por propor o conceito de estrutura Borderline da personalidade, que assenta em três critérios: a difusão de identidade, as operações defensivas e a capacidade de teste da realidade. A difusão de identidade consiste numa falha ao nível da integração do conceito de *self*, que se caracteriza por um vazio crónico, autoperceções e comportamentos contraditórios, perceções dos outros enfraquecidas e uma falta de capacidade de se mostrar a si e às suas interações significativas. Ao nível das operações defensivas estas pessoas recorrem a mecanismos de defesa mais primitivos, tais como a clivagem, a ideação primitiva, a identificação projetiva, a negação, a onipotência e a desvalorização. Por último, a capacidade de teste da realidade assenta numa aptidão para distinguir o que é do *self* do não-*self*, o intrapsíquico e o externo ao nível das perceções e estímulos, e uma competência para apreciar o próprio afeto, comportamento e pensamento, enquadrados nas normas sociais.

Segundo Bergeret (2000) o conflito destes pacientes tem a sua natureza entre o Ideal do Ego, o Id e a Realidade. O Ideal do Ego tem aqui um papel muito importante na organização da personalidade, mas este é frequentemente descrito como arcaico, daí que estas personalidades sejam vistas como incompletas, frágeis e imperfeitas. Estes sujeitos vivem ambições heróicas e desproporcionais à realidade, com uma visão de bem-fazer que visa conservar o amor e o objeto em si, vivendo assim as relações com o sentimento de culpa, punição e castração. As instâncias



ideais características destes sujeitos fazem com que o fracasso face às ambições ideais os leve à culpabilidade, vergonha e desgosto de si mesmos, que por norma projetam nos outros.

O Superego fragilizado é muitas vezes revestido de aspetos negativos o que faz com que estas pessoas deem maior ênfase ao ato em detrimento da palavra, da representação mental ou expressão verbal. Estes sujeitos comunicam pelo agido de forma inesperada e elaboram ideias e fantasmas que integram como verdades absolutas.

Estes pacientes são detentores de um ego frágil, que está sempre sob ameaça de “núcleos psicóticos paranóides ou quadros dissociativos graves com uma alternância masoquista/depressiva” (Charlton citado por Faria, 2003, p.12) que são resultado de uma constante oscilação de estados psicológicos ().

O Borderline é descrito como aquele cujo desenvolvimento parou, e segundo Kernberg (1991) estes sujeitos ultrapassaram com sucesso a fase simbiótica, onde o *self* e o objeto são diferenciados, mas não conseguiram ir para lá da fase de separação-indivuação, permanecendo fixados nesta, o que faz com que exista uma incapacidade de elaborar uma perda ou ausência de pessoas significativas para o sujeito (Mahler, 1973; Sequeira, 2003); daí a crise infantil que se alastra em alguns casos para toda a vida, o grande medo do abandono e as dificuldades em tolerar a solidão (Kernberg, 1991).

Alguns autores acreditam também que o Borderline enfrenta o equivalente a uma crise de Identidade, típica da adolescência, pois os dados sugerem que não avançam para uma melhoria adaptativa na vida, porque ainda têm os problemas dos primeiros anos por resolver, nomeadamente a luta entre o desamparo infantil e o desejo de afirmação de tonalidade mais agressiva que marca todo o comportamento Borderline. Tudo isto acaba por gerar um bloqueio a nível maturacional que se deve, possivelmente, a uma mãe que falhou na satisfação das necessidades do seu bebé (Campos, 2012; Matos, 2012). Campos (2013) acredita que a existência de falhas no cuidado ou até uma hiperprotecção

estão na base do desrespeito pela individualidade e a construção da identidade, pois só se é dependente de quem não esteve verdadeiramente lá, ou então de quem esteve de mais. Como diria Campos (2013): Porque nunca me deixaste existir a mim, precisarei sempre de ti.

Muitas vezes estes sujeitos sofrem uma inversão de papéis, pois não são raros os casos em que os pais se fazem cuidar por estes, o que lhes dá a sensação de uma aparente autonomia precoce, mas esta não é mais do que uma máscara que tenta esconder a rejeição e abandono sentidos pelos mesmos (Campos, 2013). Em muitos casos, estes sujeitos creem que o autosacrifício é a melhor solução, satisfazendo-se perante o cuidado e a atenção aos outros, mas no fundo sempre com a esperança de receber o mesmo em retorno (McWilliams, 2004).

Há uma grande instabilidade ao nível afetivo que obviamente tem o seu reflexo nas relações interpessoais que também são sempre muito instáveis, oscilando entre extremos de idealização e desvalorização (Faria, 2003). Vivendo a vida entre extremos, estas pessoas recorrem, muitas vezes, a qualquer meio para atingir o seu fim - a relação anaclítica com o objeto (Matos, 2012).

São sujeitos de uma sensibilidade extrema que acompanha o grande medo do abandono, real ou imaginário, levando-os a grandes esforços no sentido de o evitar, o que na maior parte das vezes tem exatamente o efeito adverso. Tentam de todas as formas manter a proximidade do objeto, mas acabam muitas vezes por o afastar, surgindo assim uma angústia depressiva perante a ideia do seu objeto anaclítico fugir. No fundo, o sujeito sente que se perder o objeto pode de facto deprimir (Angel, Richard, & Valleur, 2000; Dias, 2004; Matos, 2012).

Perante uma situação de ameaça de abandono, real ou imaginária, estas pessoas entram numa grande ansiedade que normalmente é acompanhada por uma grande impulsividade que tanto se pode refletir em abuso de substâncias, comportamentos promíscuos (sexo compulsivo), gastos compulsivos, *binge eating* e/ou *binge drinking*, tudo numa tentativa desesperada de acabar com a ansiedade. Por vezes, em casos

extremos, também se verificam comportamentos de automutilação e/ou até mesmo tentativas de suicídio (Faria, 2003).

A instabilidade afetiva sentida por estes sujeitos consiste num constante turbilhão de emoções e é uma das características que melhor define o Borderline e, por vezes, é o que os leva a ter comportamentos impulsivos e de autodestruição, comportamentos estes que são reativos à constante oscilação entre a raiva e os estados depressivos (Sequeira, 2003). Normalmente essa instabilidade vai originar flutuações de humor que duram pouco mais do que horas e em raros casos alguns dias. Estas variações costumam ser desencadeadas por pequenos estímulos de forma completamente desproporcional, alimentando-se do sentimento de frustração e traição que estas pessoas comportam dentro de si. Não são raros os episódios de explosão de raiva e descontrolo, alternados com outros de completo tédio e apatia, que refletem a clivagem desta estrutura que oscila entre relações completamente analíticas e distantes. Este é o drama do dependente que tem medo de depender devido à ameaça de abandono sempre presente; é o que Mahler (1971) designou “chegar perto da intimidade e fugir precipitadamente”, evidenciando um forte desejo de intimidade, ao mesmo tempo que se comportam de forma a afastar as pessoas (McWilliams, 2004). Estados emocionais intermediários e estáveis, parecem algo pouco provável de ocorrer (Faria, 2003).

A personalidade Borderline é uma das mais dependentes e Matos (1999) considera que isso se deve a uma falha da regulação de objeto que faz com que os indicadores emocionais fracassem, deixando dessa forma o sujeito ao sabor do impulso, isto é, o comportamento impulsivo ou *acting out* (Dias, 2004; Matos, 2012). O termo impulsividade reflete uma falta de planeamento e de inibição de comportamento e, portanto, estes sujeitos agem em prol do que sentem no momento, sem pensar nas consequências ou no futuro; é como se tudo fosse uma “emergência”, vivendo no “aqui”, no “agora” e no “já”, como o bebé desamparado que chora para ser amamentado. Sendo assim, o sujeito é guiado por atractores que pensa que o vão salvar da dor que sente, comandado pela

sua relação anaclítica com estes. Este tipo de relação faz com que o sujeito fique à mercê do capricho dos objetos com os quais mantém uma relação de ambiguidade de completamente bom e, ao mesmo tempo, completamente mau. Também Bowlby refere a importância dos indicadores emocionais, afirmando que ao falhar a vinculação, ou seja, se esta for insegura, as relações de objeto ficam desde cedo perturbadas e falham os indicadores emocionais deixando assim estas pessoas ao sabor do impulso (Fossati, Feeney, Carretta, & Grazioli, 2005; Matos, 2012; Paris, 2005). Segundo Hegenberg (2000), são pessoas que sofrem muito de forma insuportável, o que é facilitado pelo facto destes sujeitos usarem como que uma lente de aumento em relação às experiências e problemas vividos (Tardivo, 2012).

Se por um lado estes sujeitos vivem num medo constante de abandono, mostrando uma necessidade desproporcional de manter o outro a seu lado, onde vale tudo, por outro lado e em simultâneo, também receiam uma intrusão, uma proximidade demasiado grande. Estes sujeitos encontram-se numa luta constante entre o desejo de pertencer e o desejo de ser autónomo, acabando por não fazer a interiorização permanente do objeto, mas no entanto é-lhes difícil tomar a decisão de permanecer sozinhos, já que isso seria demasiado doloroso (Dias, 2004; Matos, 2012). É por isso que muitas vezes procuram tranquilidade através do grupo, seja de amigos ou de relações com o sexo oposto. Mas apesar da falsa sensação de tranquilidade que isso possa provocar nestes sujeitos, o grupo só está a limitar ainda mais o seu desenvolvimento afetivo, impedindo-os de evoluir e amadurecer. É por isso que muitas vezes estes sujeitos são vistos como crianças a viver num corpo de adulto, pois vivem as emoções com uma imaturidade tipicamente infantil, não tolerando quaisquer limites, mas dentro de uma imagem adulta (Matos, 2012).

Segundo Ralph Greenson (1959), a angústia de depressão que estes sujeitos experienciam é relativa a um passado infeliz que eles transportam dentro de si, mas também a um futuro de esperança e salvação que assenta na relação com o outro, com o objeto.

Nestes sujeitos, segundo Melanie Klein (1991), a identidade constrói-se no sentido da identificação projetiva, conceito introduzido pela autora e que diz respeito a uma não-separação entre o sujeito e o objeto, ou seja, nestes casos os limites do Eu não se encontram estabelecidos e há como que um fenómeno de extensão da identidade em que o objeto é visto como parte do sujeito, como um prolongamento que é um *continuum* das suas vivências.

O Borderline precisa de se apoiar no outro e fá-lo de várias formas: espera passiva, busca de satisfação, quer seja de uma maneira mais discreta ou através da manipulação. Para eles há uma relação de grande dependência que é vivida a dois, caracterizada por uma enorme necessidade de proximidade, e o objeto fica muitas vezes no papel de bom ou mau, perseguido ou perseguidor, ou seja, há uma constante dicotomia do tudo ou nada que se deve ao mecanismo clivagem (Matos, 2012). É costume existirem sentimentos ambivalentes como o amor e o ódio, com os quais os sujeitos não conseguem lidar, e é por culpa e vergonha de os enfrentarem que estes pacientes se tornam sintomáticos, pois as pulsões agressivas dirigidas ao suposto objeto de amor são mal vistas do ponto de vista cultural, e é para eles muito difícil aceitar que o amor coexiste com o ódio, preferindo estar somente conscientes do amor (McWilliams, 2004). Esta ambivalência costuma colocar estes sujeitos numa situação muito complicada, isto porque se há dificuldades em lidar com a ausência do objeto, também há dificuldades em lidar com a sua presença, portanto sofrem de ambas as maneiras, é como um - nem contigo, nem sem ti -, acabando então por se sujeitar a abusos em vez de lidarem com separações que os levam a sentir o abandono traumático estabelecido desde a primeira infância. Tudo isto está relacionado com um objeto rejeitante internalizado que os leva a espirais de rejeições eminentes e que os coloca num padrão de submissão e cuidado dos outros.

Esta clivagem do ego e do objeto é caracterizada, segundo Klein (1991), como a vivência de objetos parciais, isto é, vivem-nos de forma definitiva, polarizados (em extremos) sem uma continuação lógica entre

opostos, impedindo assim estas pessoas de perceberem os outros e a si como objeto total, detentor de boas e más características em simultâneo.

A percepção e o pensamento são processos ativos em todo o ser humano, mas nos Borderline o pensamento é muitas vezes conturbado porque há um problema de simbolização, no processo de pensar. Por norma estes sujeitos projetam nos objetos as suas representações e afetos deslocados e dissociados. O esperado em qualquer ser humano é a produção de fenómenos e teorias, mas nos Borderline em que a identificação projetiva predomina em relação à percepção, verifica-se um assimbolismo, pois não produzem teorias e acabam por viver sob a forma de ações, isto é, vivem na ação. Há como que uma incompatibilidade dentro da própria mente que faz com que estes sujeitos soltem uma ideia e o self ligado a essa ideia e, por fim, a coloquem no outro. A isto chama-se Narcisismo Destrutivo porque ao projetar no outro, ou seja, uma identificação projetiva, este deixa de existir, havendo apenas lugar para a projeção realizada. Este narcisismo é fruto do assimbolismo, e quantos mais assimbolismos existirem, maior será o lugar do outro na vida do Borderline, pois ao não produzir pensamentos ditos normais, o sujeito acaba por hiper-realizar, em vez de apenas realizar. Por esse motivo o Borderline precisa do outro, necessita muito do outro no mesmo espaço e tempo, criando uma relação de dependência muito grande, e ao não produzir pensamentos está a tornar-se incapaz de exercer uma autonomia em relação a si mesmo (Dias, 2004; Matos, 2012).

Segundo Liberman (1981), no que diz respeito à falha simbólica destes sujeitos, o pensamento é substituído pela ação e por isso o sujeito é capaz de perceber a tensão, mas não consegue codificar em termos de linguagem verbal, havendo desta forma uma falha simbólica que impede que as suas necessidades sejam satisfeitas. A falha simbólica que se designa como hiposimbolismo, vai da percepção à ação e tem como efeito um estado constante de frustração que gera agressão, revolta, tédio, e em que a única forma de fugir é o *acting out* com o objetivo de aliviar a tensão. Portanto, nestes sujeitos a ação acaba por ser uma forma de

comunicação e pode ser compreendida em termos de componentes semânticos. Esta falha simbólica é compensada por uma necessidade desmesurada de controlo e manipulação da realidade externa, e essa impulsão faz com que o sujeito tenha dificuldades em não perceber o outro como separado de si, levando-o a um estado de solidão constante, acompanhado por uma ansiedade persecutória de perda, que leva ao controlo do objeto para se defender da ameaça de perda deste (Dias, 2004; Matos, 2012).

O Borderline é o sujeito que se dirige constante e perigosamente para a depressão, mas acaba por viver sempre no limiar por ser incapaz de realizar uma interiorização permanente do objeto, estando sempre muito perto de a conseguir fazer, mas que efetivamente não consegue. Estes sujeitos vivem a perda do objeto de forma insuportável, com desamparo, mas o objeto em questão ainda não está constituído dentro de si, porque o Borderline vislumbra e deseja o objeto, mas não o experimenta o suficiente. Isto leva a um sentimento constante de um luto não realizado, devido à sua precocidade ou carácter inesperado e por isso o Borderline não recupera do choque e recalca-o através da ação, numa tentativa de escoar a dor, enganando e iludindo a angústia proveniente da perda ou separação. Estes lutos não elaborados de perdas traumáticas não são de depressão de perda de objeto, mas sim de perda de objeto impossível de vivenciar e elaborar, por imaturidade ou pela intensidade do trauma (Matos, 2012).

Angel, Richard e Valleur (2000) descreveram os Borderline como personalidades mal estruturadas e imaturas, que não conseguiram vencer e incorporar a crise da adolescência. Segundo os autores são pessoas cujos mecanismos relacionais e de defesa hesitam sempre, acabando por nunca encontrar uma solução. Estes sujeitos são descritos como eternos adolescentes, sujeitos cuja estrutura acaba por concluir a sua formação muito tarde ou então não se forma de todo. Estas são pessoas que tentam encontrar um equilíbrio através de uma agitação vivida permanentemente, de forma a evitar a depressão.

Os Borderline são muitas vezes comparados aos Narcísicos devido às suas semelhanças, nomeadamente a importância da clivagem como mecanismo de defesa (Reghelin, 2002). Kernberg (2004a) defende que o que difere nestas perturbações é o facto de os narcísicos conseguirem alcançar um *self* coeso, com imagos parentais coesas e idealizadas, não correndo desta forma o risco de descompensar.

Silk (2000) e Paris (1994) defendem a importância de alguns fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de personalidade, tendo em consideração fatores biológicos como a impulsividade e a instabilidade afetiva.

A nível social considera-se a diminuição da continência social, isto é, há cada vez menos apoio social, e cada vez mais exigências, responsabilidades precoces e espírito de competição, o que acaba por estimular o individualismo e a sede de poder. Tudo isto somado a possíveis falhas familiares, é a uma verdadeira receita potenciadora deste tipo de patologia (Faria, 2003).

Atualmente os tempos são de mudanças e divisões sociais que acontecem muito rapidamente, deixando as pessoas à deriva e sem referências identificatórias. A falta de união e ordem leva a uma falha na construção da identidade social, a uma falta de sentimento de pertença, o que em última instância acaba num isolamento generalizado. Antigamente havia uma ordem e o ambiente era de muita repressão, mas hoje em dia há variabilidade, compreensão, transformação e aceitabilidade. Dantes tudo era imutável e rígido, existia o domínio da identificação, e é por isso que para Freud fazia sentido falar em recalçamento e histeria, pois era o reflexo de uma vida psíquica que não podia expressar-se livremente. Mas agora os tempos são mais imponderáveis e sistemáticos, e a ideia de ordem tem vindo a ser diluída, obrigando o ser humano a adaptar-se e a viver numa ordem de relatividade que é compósita de múltiplas ordens. As sociedades contemporâneas constituem-se em oposição com as sociedades tradicionais, onde a constância é substituída pela variabilidade e imprevisibilidade dominadas pelas múltiplas identificações, e pela



clivagem como mecanismo dominante (Paixão, 2002; Paixão, 2012). Por esse motivo, os vínculos estabelecidos são cada vez mais frágeis e assentes numa superficialidade que não permite a instauração de um sentimento de continência e segurança, o que se reflete a vários níveis, nomeadamente na insegurança e dependência.

A nível de fatores psicológicos, estes encontram-se maioritariamente relacionados à história pessoal, nomeadamente acontecimentos de vida que costumam ser idênticos neste tipo de pessoa, tais como: história de abuso infantil físico e verbal, abuso sexual, ambiente familiar violento e pouco estruturado, negligência, falha biparental, etc. (Faria, 2003). Estes pacientes, por norma, não possuem uma imagem interna da mãe, pois não lhes foram dadas as ferramentas para a construir (Reghelin, 2002). “O paciente limítrofe é uma pessoa que foi prematuramente expulsa do espaço mágico e mitopoético” (Schwartz-Salant, 1997).

Kernberg (1994) acredita que o abuso sexual é um fator muito importante no desenvolvimento de perturbações de personalidade, e Livesley (2000) considera que o Borderline está fortemente ligado a experiências de vida adversas, tais como traumas, abuso e privação. McClellan, Adams, Douglas, McCurry e Storck (1995) consideram que é a interação entre os vários fatores que coloca a pessoa em risco.

Estes são sujeitos cuja história de vida é complicada, com muitos altos e baixos, principalmente na infância que costuma ser “especialmente” dura. Os pais destes sujeitos têm dificuldade em separar as suas necessidades das do seu bebé ou criança, dando prioridade às suas em detrimento das do infante que é deixado ao abandono. São pais autocentrados que não conseguem empatizar com os seus filhos, não atendendo desta forma às suas necessidades. Segundo Bion (1962), o que falta nestas relações é a *reverie*, conceito que o autor definiu como a “capacidade empática dos pais para com o filho”.

Bergeret (1982) descreve o Borderline como alguém que sofre de uma perturbação precoce do narcisismo, porque acredita que nestas

peças não há uma identificação precoce com uma mãe protetora, não há um objeto interno securizador, o que desde cedo potencia a situação de dependência vivida por estes sujeitos. No fundo, trata-se de Narcisismo Patológico, definido por Kernberg (2006) como uma incapacidade de regular a autoestima através de padrões internos bem estabelecidos. Talvez lhes tenha faltado aquele primeiro olhar, aquele olhar de investimento narcísico que esculpe a beleza de um rosto (Campos, 2013). Portanto, a autoestima está desde cedo condenada a ser fraca, havendo nestes sujeitos um sentimento de ruindade interna, de autodestrutividade e de características negativas que os sujeitos acreditam ser a causa das rejeições, talvez por falta de um narcisar que é tão importante e que os pais insistem em não dar. Freyd (1996) acredita que na base da dependência infantil há uma necessidade de acreditar que se as figuras internas de autoridade abusam de si, é porque elas merecem (Kernberg, 2006; McWilliams, 2004, 2006).

## **2. Os Mecanismos de Defesa**

A definição clássica de mecanismo de defesa consiste num conjunto de processos psíquicos inconscientes que aliviam o ego de um estado de tensão entre o id, o superego e a realidade externa. Perante essa tensão surge uma ansiedade e é aí que os mecanismos entram em ação, com o objetivo de estabelecer soluções de compromisso, fazendo com que alguns conteúdos mentais indesejáveis cheguem à consciência de uma forma mais camuflada (Freud, 1946).

Nesta investigação, contudo, o que está em estudo não são os mecanismos de defesa segundo a visão clássica, psicanalítica, pois esses não são passíveis de medição direta, dada a sua natureza inconsciente. Em estudo estão as defesas como uma atitude consciente e que o sujeito é capaz de autorreportar. Este conceito de Mecanismo de Defesa é uma chave importante na área da saúde mental, daí que o interesse no seu estudo tenha vindo a crescer ao longo dos últimos anos. Na DSM IV (2002) são relacionados com a psicopatologia do Eixo I e II, podendo,

inclusivamente, interferir negativamente com o processo terapêutico, afetando a aliança terapêutica, que é um dos fatores mais importantes no decorrer de uma terapia (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012; Thygesen, Drapeau, Trijsburg, Lecours, & Roten, 2008).

A Perturbação de Personalidade Borderline é vista como sendo particularmente interessante no que diz respeito ao estudo dos mecanismos de defesa. Kernberg (2004a) associa a esta patologia da personalidade seis mecanismos de defesa: desvalorização, onnipotência, idealização, identificação projetiva, negação primitiva e clivagem. A clivagem é o mecanismo de defesa considerado por muitos como tipicamente Borderline (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012; Bond, Paris & Zweig-Frank, 1994).

Muitos estudos têm procurado diferenciar e delinear a Perturbação de Personalidade Borderline de outras patologias e dos grupos de controlo, tendo em consideração os mecanismos de defesa. Bond, Paris e Zwieg-Frank (1994), num estudo que comparava mulheres com Perturbação de Personalidade Borderline a pacientes com outras Perturbações de Personalidade, usando o DSQ-88, concluíram que os pacientes Borderline apresentavam resultados mais altos nas categorias mal-adaptatividade/ação e distorção de imagem major/estilos de defesa Borderline. Os resultados mais baixos foram nas defesas adaptativas, o que leva a crer na existência de uma relação de especificidade entre a Perturbação Borderline e os mecanismos que utiliza. Alguns estudiosos acreditam também que estilos defensivos específicos estão relacionados com critérios de diagnósticos de Perturbação de Personalidade Borderline como, por exemplo, a impulsividade e a instabilidade (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012).

Koenigsberg et al. (2001) usando o mesmo questionário (DSQ-88), considerou que os resultados indicavam a existência de uma relação entre a Perturbação de Personalidade Borderline e os mecanismos de anulação, *acting out*, passivo-agressividade, projeção, fantasia autística e clivagem, ou seja, um conjunto de mecanismos imaturos, com exceção para a

anulação.

Apesar dos resultados de vários estudos apontarem para uma especificidade de mecanismos de defesa relacionados com a Perturbação de Personalidade Borderline, as defesas constituem processos inconscientes, o que faz com que estes resultados não possam ser considerados 100% fiáveis, já que o método utilizado para aceder a estas defesas se baseou na autorresposta. O processo de defesa quando ocorre é no fogo da situação, isto é, quando há a gestão de um conflito, e ao avaliar as defesas com instrumentos de autorresposta é difícil obter a pureza dos mecanismos utilizados, já que à partida no momento em que o sujeito está a responder, não há conflitos para gerir e os mecanismos não estão ativados (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012).

Kramer, Roten, Perry e Despland (2009) relacionaram um conjunto de cinco mecanismos de defesa com a Doença Bipolar, sendo estes: *acting out*, identificação projetiva, clivagem da imagem dos outros, racionalização e onipotência. Os resultados sugerem que alguns destes mecanismos foram antes considerados como estando especificamente relacionados com a Perturbação de Personalidade Borderline, o que leva a questionar a sua especificidade.

### **2.1. A Clivagem como Mecanismo de Defesa Central no Funcionamento da Síndrome Borderline**

A Clivagem é um mecanismo no qual existe uma tendência para formar representações cognitivas do *self* e dos outros que se caracterizam por serem completamente boas ou completamente más. É um processo de tudo ou nada que cria uma grande instabilidade (Eyers & Zeigler-Hill, 2008; Yanay & Siles, 2009). A clivagem pode ser relativa ao ego, às representações do *self* e a objetos internos e externos (Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010). Winnicott (1969) considerava a clivagem relacionada com traumas prematuros, ansiedade arcaica, angústia de desintegração e falha na experiência de *holding*.

Koenigsberg (2010) considera que, como consequência da

clivagem, passam a existir duas bibliotecas de memórias, uma de boas e outra de más representações, isto porque há duas representações opostas, positivas e negativas, e uma incapacidade de se ver a si e aos outros como pessoas que têm em simultâneo boas e más características (Eyers & Zeigler-Hill, 2008). A clivagem pode, também, ser descrita como um mecanismo ilusório de organização do mundo social e da posição de cada um nele (Yanay & Siles, 2009).

Kernberg (1967) definiu a clivagem como o ato de separar ativamente representações de objeto e do *self* de cariz libidinal e agressivo. O autor considera que não é um mecanismo isolado, pois atua juntamente com outros mecanismos de tipo pré-edipianos, sendo estes: projeção primitiva, idealização, desvalorização e negação. As consequências do uso da clivagem são várias, desde a perturbação de identidade à perturbação do desenvolvimento afetivo e cognitivo ao nível do Superego e do Ideal do Ego (Kernberg, 1967 & 1986; Leichsenring, 1999).

Freud (1940) definiu a clivagem como algo que se associa a um ego, que se encontra perante dificuldades externas e internas. É uma reação que leva o ego a reter duas atitudes adversas em relação a uma única perceção, provocando um conflito entre a satisfação do instinto e a proibição da realidade. Portanto, o ego faz um reconhecimento e uma negação em simultâneo, respeitando assim a realidade sem deixar de satisfazer o desejo. O resultado é uma brecha no ego que nunca vai melhorar e que com o passar do tempo aumenta, pois as duas reações opostas - reconhecimento e negação – são os pontos centrais da clivagem do ego (Brook, s/d; Freud, 1940; Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010). Tudo se passa como se duas forças agissem em simultâneo e de forma independente, originando assim uma separação (Yanay & Siles, 2009). Acreditava que a clivagem, a repressão e a negação trabalhavam em conjunto durante o crescimento: “o ego da criança é capaz de se livrar da pressão derivada dos condutores de pressão ao reprimi-los e pode lidar com as exigências da realidade através da negação da perceção, o que é

sempre suplementado por uma clivagem do ego” (Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010, p. 77).

Além da clivagem do ego, outra forma de clivagem segundo Freud (1940), é a que diz respeito às representações do *self* ou dos objetos internos. Esta faz parte de um desenvolvimento normal ao longo da infância, porque nas idades mais precoces há uma lacuna ao nível da capacidade integrativa do ego que é perfeitamente natural (Brook, s/d).

O uso da clivagem comporta a vivência de uma grande ansiedade, fruto da ambivalência que impede a pessoa de fazer avaliações e compreensões integradas, e portanto a clivagem tem como benefício defender o sujeito da ansiedade, através de um ataque à coesão. Aquele que cliva vive em dicotomia, que segundo Klein (1991) é expectável na infância, pois as relações de objeto existem desde o nascimento, e o primeiro objeto para qualquer criança é o seio que fica sujeito a uma cisão, ou seja, uma clivagem. Portanto, há um seio bom que é sentido como gratificador e há um seio mau que é sentido como frustrador, que resultam na separação entre o amor e o ódio. O seio bom é como que tomado para dentro sob a prevalência da libido e sucção, e o seio mau é atacado em fantasias sádico-orais (Klein, 1991). A ansiedade que ativa o processo de clivagem é de origem fantasiosa e é no espaço fantasioso que o bebé cliva o objeto e o *self*, fazendo com que sentimentos e relações permaneçam isolados uns dos outros. Klein (1991) acreditava que a clivagem não era mais do que uma forma inicial de organização do ego primário.

Muitos autores acreditam que o uso da clivagem está associado a uma autoestima instável, que diz respeito a uma flutuação entre extremos de autoidealização e autodesvalorização (Horowitz, Markman, Stinson, Findhandler, & Ghannam, 1990).

Leichsenring (1999) acredita que a clivagem é um processo complexo que não atua sozinho, acrescentando ainda aos processos primários envolvidos (projeção, onnipotência, idealização, desvalorização e negação), um funcionamento pré-operacional que se

caracteriza por “egocentrismo, irreversibilidade, experiência imediata, centralização e raciocínio transdutivo” (Leichsenring, 1999, p. 535).

O que acontece na clivagem é que perante o desejo de satisfação de uma necessidade, se por algum motivo alguém interferir nesse processo, provocando uma sensação de frustração, a pessoa passa a perceber o outro como completamente mau ou então o inverso, isto é, alguém que satisfaz a necessidade passará a ser visto como algo completamente bom. Tudo isto acaba por originar uma grande instabilidade, pois a pessoa que usa este mecanismo acaba por viver os momentos, e não as pessoas ou a si própria como um todo contendo de qualidades e defeitos. Estas pessoas vivem grandes oscilações na forma de perceber os outros e o *self*, o que obviamente se reflete em padrões de relacionamento muito instáveis, difusão de identidade e drásticas mudanças de humor (Eyers & Zeigler-Hill, 2008).

A clivagem é muitas vezes comparada ao mecanismo da repressão no que diz respeito ao desenvolvimento e à dinâmica, pois são ambos considerados mecanismos centrais organizadores do funcionamento psíquico, e têm o seu lugar no processo de maturação normal. O primeiro a ser desenvolvido é a repressão e nesta o que está reprimido está num nível diferente do que não está reprimido. Já na clivagem, que surge posteriormente, o que está clivado encontra-se ao mesmo nível, isto porque ambos os extremos da clivagem podem ser conscientes ou não. Portanto, enquanto no caso da repressão algo está fora da consciência - e o Consciente e Inconsciente são duas unidades distintas com diferentes localizações – havendo assim uma representação mascarada do que foi reprimido, na clivagem há simplesmente uma lacuna (Hinshelwood, 2008).

Nos primeiros anos de vida a clivagem tem o papel fundamental de proteger o ego e o objeto do instinto de morte, mas com o tempo e ao longo do desenvolvimento este processo é suposto diminuir, pois a criança tem que interiorizar o seu cuidador que possui ao mesmo tempo boas e más qualidades (Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010;

Rosenfeld, 1971; Eyers & Zeigler-Hill, 2008). Perante situações de abuso físico ou sexual infantil, a clivagem tem um valor adaptativo: “A criança abusada tem de continuar a depender dos cuidadores que são poderosos, para o melhor e para o pior, seja respondendo às necessidades básicas da criança ou ameaçando ou levando a cabo um doloroso ou prejudicial ataque” (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012, p. 4). É esperado que com o evoluir na maturação, a criança se adapte ao mundo externo e a clivagem se aproxime cada vez mais do plano da realidade, e para isso é necessário que o amor pelos objetos reais e internos e a confiança nestes, sejam bem estabelecidos (Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010).

Segundo Kernberg (2004b), o esperado durante o processo de maturação é que gradualmente a clivagem dê lugar e facilite o aparecimento da repressão como mecanismo de defesa mais usado, pois este parece estar fortemente relacionado com organizações psíquicas mais adequadas (Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010). Mas quando há um passado repleto de experiências de frustração que predominam em relação às boas experiências, o decorrer normal do processo de maturação pode sofrer alterações, uma delas é a interferência na capacidade de integrar boas e más representações de objeto e do *self*, e portanto a clivagem ganha coesão, passando assim a ser a defesa principal. Um uso continuado da clivagem acaba por provocar uma falta de capacidade para usar defesas mais adequadas, resultando assim numa maior severidade de patologia. Muitos estudiosos creem que isto acontece principalmente nas patologias Borderline, Narcísica e outras consideradas mais severas (Eyers & Zeigler-Hill, 2008; Kernberg, 2004a).

Alguns autores defendem que a seguir à clivagem vem a identificação projetiva, em que há a projeção de uma parte sádica do ego na realidade, de modo a que a pessoa veja essa parte como a identidade do outro (Savvopoulos, Manolopoulos, & Beratis, 2010).

A Perturbação de Personalidade Borderline é caracterizada pela “falta de integração de elementos idealizados ou persecutórios das representações de objetos primários”, que está interligada a níveis de



difusão de identidade em termos de mecanismos defensivos, ou seja, a clivagem do *self* e das outras representações (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012, p.4).

O Borderline tenta explorar todo e qualquer campo social à procura de repositórios adequados para as suas projeções, fruto de um *self* e representações de objeto fragmentados e afetivamente polarizados. A externalização de conteúdos internos dá a sensação de controlo sob as introjeções patognomónicas desta perturbação, pois ajuda a avivar e a fazer render a evidente instabilidade e falta de introjeções positivas, mas também aumenta a separação entre as boas e as más representações. O uso da clivagem, juntamente com a identificação projetiva, dá uma sensação de tranquilidade que assenta numa convicção de saber onde estão os amigos e os inimigos, os bons e os maus. Muitas vezes, estes processos dão origem a padrões de relacionamento que se repetem de forma dramática e que são o espelho do mundo interno destes pacientes. Portanto, as divisões que o Borderline faz com alguma frequência podem ser vistas como interligadas a identificações com conteúdos disparatados, que são projetados no outro e que são os conteúdos do seu mundo representacional (Greene, 1993).

Alguns autores defendem que o Borderline faz uso da clivagem por sentir grandes dificuldades em gerir a ansiedade, as emoções dolorosas e o impulso, associado a uma lacuna de defesas mais adequadas. Alguns estudos têm mostrado que os Borderline possuem um estilo defensivo mais mal-adaptativo e de distorção de imagem (clivagem, onnipotência, desvalorização e idealização primitiva) do que outros pacientes (Bond, Paris, & Zweig-Frank, 1994). Outro estudo levado a cabo por Devens e Erickson (1998) sugeriu que algumas perturbações de personalidade apresentam uma forte associação a mecanismos de defesa específicos, sendo que uma delas é a Perturbação de Personalidade Borderline (Leichsenring, 1999).

Kernberg (1967) acredita que o fator que diferencia e distingue realmente uma organização de personalidade Borderline de uma de linha

neurótica é o uso da clivagem como mecanismo de defesa central, juntamente com outros mecanismos mais primitivos. O autor acrescenta ainda que a maior dificuldade que o sujeito com Perturbação de Personalidade Borderline enfrenta é a sua incapacidade de integrar identificações positivas e negativas, ou seja, é a clivagem que distingue o Borderline de muitas outras patologias (Kernberg, 2004a).

Apesar de muitos estudos indicarem que os Borderline usam mais indicadores de clivagem e outras defesas mais primitivas, há autores que acreditam que, por exemplo, a única coisa que distingue um Borderline de um Psicótico é a função do teste da realidade que no Borderline se encontra intacta, e não o tipo de mecanismos de defesa usados (Leichsenring, 1999). Também Kernberg (1967) acredita que os Borderline não eram os únicos a diferenciarem-se de pacientes da linha neurótica pelo facto do uso da clivagem já que este autor defende também que os Esquizofrénicos fazem grande uso deste mecanismo. Também Stern (1985) duvidava da relação de especificidade entre o Borderline e a Clivagem. Acredita que esta é usada por qualquer pessoa, considerando-a um fenómeno universal que pode não estar associado a uma patologia mental. No estudo de 1999 verificou, inclusivamente, que 60% dos controlos recorriam ao uso da clivagem, não diferindo significativamente dos pacientes Borderline e Esquizofrénicos, embora os Borderline continuassem a ser os que mais usavam a clivagem, quando comparados com os pacientes da linha neurótica (Leichsenring, 1999).

## **II. Objetivos**

Neste estudo analisa-se a importância dos mecanismos de defesas, particularmente da Clivagem, em três grupos alvo: um composto por sujeitos com diagnóstico Borderline, outro com diagnóstico de outras patologias e outro grupo sem qualquer diagnóstico.

O objetivo é encontrar uma relação de especificidade entre o diagnóstico Borderline e o mecanismo de defesa Clivagem.

### III. Metodologia

#### 1. Caracterização da Amostra

Nesta investigação, os sujeitos estudados incluem pacientes do Hospital de Dia do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, e sujeitos da comunidade.

O total de sujeitos em estudo é de 228 e foram distribuídos por três grupos: Grupo Borderline (n=39); Grupo com Outras Patologias (n=67), Grupo de Controlo (n=122) (Tabela 1).

A distribuição dos grupos foi feita de acordo com os diagnósticos obtidos com os questionários BPQ, BDI e BSI.

**Tabela 1**

*Dados Sociodemográficos da Amostra*

Grupos		Grupo Borderline	Grupo com Outras Patologias	Grupo de Controlo
Idade		<u>M ± DP</u> 27,58 ± 4,36	<u>M ± DP</u> 25,77 ± 9,50	<u>M ± DP</u> 29,38 ± 6,64
		Frequência	Frequência	Frequência
Sexo	Masculino	26	12	35
	Feminino	41	27	87
Estado Civil	Solteiro	59	30	92
	Casado/ União de Facto	6	7	26
	Separado/ Divorciado	2	2	4
Habilitações Literárias	>9º ano	0	5	2
	>12º ano	10	14	21
	<12º ano	57	20	99
Zona de Residência	Urbana	43	25	91
	Rural	24	14	31
Total		67	39	122

#### 2. Instrumentos

O protocolo de avaliação inclui os seguintes instrumentos:

### **2.1. Questionário Sociodemográfico**

Questionário elaborado para efeito e com o objetivo de recolher os seguintes dados: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, zona de residência e experiência profissional.

### **2.2. Borderline Personality Questionnaire (BPQ) (Poreh et al., 2006).**

O BPQ é um questionário composto por 80 itens, que se baseia nos critérios de diagnóstico do DSM e permite diagnosticar a Perturbação de Personalidade Borderline. Os 80 itens estão divididos em 9 subescalas, correspondendo cada uma a um dos critérios do DSM, sendo nomeadamente: impulsividade, instabilidade afetiva, abandono, relações, autoimagem, suicídio/automutilação, sensação de vazio, raiva intensa e ideação paranóide. A pontuação do questionário é do tipo Verdadeiro/Falso (V/F), em que as respostas “V” valem 1 ponto e as “F” 0 pontos. Dos 80 itens, 13 são negativos e por isso o sistema de pontuação é invertido.

A nível das características psicométricas do BPQ evidenciam-se, neste estudo, valores altos de consistência interna para o total da escala, no intervalo .8 e .9, mas baixos para as dimensões (entre 0 e .7), exceto para a dimensão Sensação de Vazio com valores situados entre .8 e .9.

### **2.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck, Ward, & Mendelson, 1961)**

Para avaliar a Depressão foi usado o Inventário de Depressão de Beck, questionário que permite avaliar a presença de sintomas depressivos, e respetiva gravidade, em adolescentes (com mais de 13 anos) e adultos.

Trata-se de um questionário de autorresposta constituído por 21 itens focados na tristeza, pessimismo em relação ao futuro, sensação de fracasso, falta de satisfação/prazer, culpa, sentimentos de punição, auto-ódio, autculpa, pensamentos suicidas, choro, irritabilidade, interesse

social, indecisão, imagem corporal, trabalho, distúrbios do sono, fadiga, apetite, perda de peso, preocupação com a saúde e libido.

Este questionário requer apenas 5 ou 10 minutos de tempo de resposta, e pode ser aplicado de forma individual ou grupal, por escrito ou oralmente. Cada item é constituído por uma série de quatro ou cinco declarações que são organizadas conforme a severidade dos sintomas e que varia de 0 (ausência) a 3 (muito grave).

Neste estudo, as características psicométricas da BDI revelam um valor de alfa de *Cronbach* bom, situando-se no intervalo .8 e .9.

#### **2.4. Defense Style Questionnaire 40 (DSQ-40) (Andrews, 1993)**

O DSQ-40 é um questionário criado com o intuito de medir as defesas conceptualizadas como mecanismos conscientes e suscetíveis de serem conhecidas e reportadas pelos sujeitos que as usam (Andrews, 1993).

Permite medir 20 mecanismos de defesa: sublimação, humor, antecipação, supressão, denegação, pseudoaltruismo, idealização, formação reativa, projeção, agressão passiva, *acting out*, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização, somatização e isolamento.

O instrumento apresenta uma divisão em fatores maturativos, neuróticos e imaturos.

A pontuação da escala é do tipo Likert de 9 pontos, mas na versão portuguesa esta foi reduzida a 7 pontos (discordo totalmente a concordo totalmente).

Neste estudo, as características psicométricas gerais do DSQ-40 revelam um valor de alfa de *Cronbach* médio, situado no intervalo .7 e .8. Dividido por fatores apresentou um valor de alfa de *Cronbach* fraco nas defesas do tipo neurótico e do tipo maturativo, e bom nas defesas do tipo imaturo com valores entre .8 e .9.

## **2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis, 1982; Canavarro, 1999)**

O BSI em uso neste trabalho é a versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory*, traduzida e adaptada por Canavarro (1997). Este questionário avalia nove dimensões de psicopatologia e três índices globais. As dimensões que são avaliadas dizem respeito à somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (Canavarro, 1997). Os índices incluem o Índice de Sintomas Positivos (ISP) que oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados; o Total de Sintomas Positivos (TSP) que se constitui como o resultado da soma de todos os itens assinalados com resposta positiva, ou seja, maior que zero; e o Índice Geral de Sintoma (IGS), que representa uma pontuação combinada entre a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados.

O BSI é constituído por 53 itens, com uma escala que varia de “nunca” a “muitíssimas vezes”, onde o indivíduo descreve o grau em que cada problema o afetou durante a última semana (Canavarro, 1997).

As características psicométricas gerais do BSI, neste estudo, revelam um valor de alfa de *Cronbach* muito bom, situando-se no intervalo .9 e 1. Dividido por dimensões apresenta valores entre médio a bom, situados no intervalo .7 a .8, e .8 a .9 respetivamente.

## **3. Procedimentos de Investigação**

Com os sujeitos do Hospital de Santa Maria, os instrumentos foram aplicados depois das devidas autorizações por parte da Comissão Clínica do Hospital de Dia. O estudo foi explicado a todos os sujeitos, realçando-se o seu carácter voluntário, confidencial e anónimo. Para o efeito, todos os sujeitos assinaram uma declaração de Consentimento Informado, e toda a recolha de informação foi efetuada pela investigadora.

Os indivíduos da comunidade foram, da mesma forma, esclarecidos sobre a natureza do estudo, sublinhando o seu carácter voluntário,

confidencial e anónimo.

Os procedimentos estatísticos foram realizados com base no IBM SPSS statistics, versão 22. Os resultados foram analisados quantitativamente, tendo sido adotado o nível de significância de  $p < .05$ .

O pressuposto da normalidade da distribuição foi avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov (Pereira, 2013; Pestana & Gageiro, 2005).

Recorreu-se a uma análise das diferenças entre os três grupos, relativamente ao mecanismo de defesa Clivagem, utilizando-se o teste paramétrico ANOVA, com o teste de Tukey (Pereira, 2013; Pestana & Gageiro, 2005).

O estudo das relações das variáveis foi feito através do coeficiente de Correlação de Pearson, (Pereira, 2013; Pestana & Gageiro, 2005).

Finalmente, com o objetivo de compreender até que ponto a Clivagem pode explicar ou ser explicada pelos diagnósticos dos grupos em estudo, procedeu-se ao estudo das Regressões Lineares Simples e Múltiplas (Pereira, 2013; Pestana & Gageiro, 2005).

#### **IV. Apresentação dos resultados**

As principais defesas utilizadas por cada grupo são: para o Grupo Borderline a Antecipação (3.98), a Denegação (3.79) e o Isolamento (3.74); para o Grupo com Outras Patologias a Antecipação (4.35), a Clivagem (4.21) e o Deslocamento (4.16); por último, para o Grupo de Controlo a Agressão Passiva (3.73), a Antecipação (3.57) e a Denegação (3.40). Dentro do Grupo com Outras Patologias verificou-se que a Depressão Grave é a que apresenta maiores níveis de Clivagem (4.63) (Tabelas 2 a 3 no Anexo I).

Para trabalhar com a Clivagem de forma isolada (itens 19 e 22), procedeu-se à validação do pressuposto da normalidade, utilizando-se o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) (Tabela 4 em no Anexo I).

O índice de Clivagem entre grupos através da ANOVA evidenciou diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5)

#### **Tabela 5**

### Índice de Clivagem

	Soma dos Quadrados	gl	M <sup>2</sup>	F	Sig.
Entre Grupos	90.628	2	45.314	36.987	.000***
Dentro de Grupos	275.654	225	1.225		
Total	366.282	227			

\*\*\*p<.001

Comparando o índice de Clivagem entre os 3 grupos, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas p<.001, IC=99%).

Verificou-se que o Grupo Borderline apresenta uma média no índice de Clivagem de 3.38 (DP=1.26), Grupo com Outras Patologias uma média de 4.21 (DP=0.94) e Grupo de Controlo com a média de 2.55 (DP=1.07).

### Tabela 6

#### Correlações Bivariadas de Pearson

	Clivagem	BPQ	BDI	BSI
Clivagem	1	.457***	.319***	.462***
BPQ	.457***	1	.642***	.756***
BDI	.319***	.642***	1	.662***
BSI	.462***	.756	.662	1

\*\*\*p<.001

Na Correlação de *Pearson* verificou-se que as relações entre as variáveis em estudo são moderadas a fortes, positivas e significativas.

De forma a avaliar a relação entre a variável Clivagem e os diferentes instrumentos de diagnóstico, procedeu-se à Regressão Linear simples e múltipla.

### Tabela 7

#### Regressão Linear simples: *Influência da Clivagem no BPQ*



	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	1.383	.232		
BPQ	.067	.009	.457	59.537***
<b>R<sup>2</sup></b>	.209			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.205			

\*\*\*p<.001

Relacionando a variável independente (BPQ) e a dependente (Clivagem) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_{adj}=.205$ , em que 20.5% dos nossos valores são explicados pelo modelo evidenciando uma relação positiva e significativa entre as duas variáveis.

**Tabela 8**

Regressão Linear múltipla: *Influência da Clivagem no BDI e BSI*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	2.232	.166		
BSI	1.114	.197	.446	30.523***
BDI	.043	.143	.023	
<b>R<sup>2</sup></b>	.213			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.206			

\*\*\*p<.001

Ao relacionar as variáveis independentes (BDI e BSI) e a dependente (Clivagem) através da Regressão Linear Múltipla obteve-se um  $R^2_a=.206$ , que representa 20.6% da proporção da variância explicada pelo modelo.

De forma a avaliar a relação entre cada dimensão (Critérios do DSM 5) do BPQ e a variável Clivagem, procedeu-se à Regressão Linear, apresentada na Tabela 8 (os resultados para os outros critérios estão na Tabela 10 a 17 no Anexo I).

**Tabela 9**

Regressão Linear Simples: *Influência dos Critérios do BPQ na Clivagem - Critério 6 (Instabilidade Afetiva) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	-.058	.077		
Clivagem	.227	.023	.546	95.981***
<b>R<sup>2</sup></b>	.298			

$R^2_{adj}$  .295  
\*\*\* $p < .001$

---

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 6) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a = .295$ , em que 29.5% dos nossos valores são explicados pelo modelo.

## V. Discussão dos Resultados

No nosso estudo alguns dos resultados são relativamente díspares em relação ao evidenciado por autores como Kernberg (1991). Neste caso, enquadra-se a defesa Clivagem (3.38) que aparece relativamente secundarizada no grupo Borderline ao contrário da Antecipação (3.98), Denegação (3.79) e Isolamento (3.74). Kernberg (1991, 2004) e Koenigsberg (2001), sempre incluíram a Clivagem no conjunto de mecanismos específicos Borderline, mas curiosamente os estudos mostraram que não só a Clivagem obteve um índice baixo, como também que nenhuma das defesas com maior pontuação encaixa no conjunto de defesas específicas referidas por ambos os autores, tais como o *acting out*, a agressão passiva, a projeção, a fantasia autística, a negação, a desvalorização e a idealização. Contudo, o Grupo com Outras Patologias obteve um maior índice de Clivagem com uma média de 4.21, sendo desta forma o segundo mecanismo de defesa mais usado por este grupo. Dentro deste grupo, a Clivagem apresentou uma média mais alta na Depressão Grave com uma média de 4.63.

Kernberg (1991) considera que o uso da Clivagem como mecanismo principal era o que distinguia o Borderline de uma linha mais neurótica, e que este não é um mecanismo isolado, atuando juntamente com outros mecanismos como a projeção primitiva, a idealização, a desvalorização e a negação. Segundo o DSQ-40, todas essas defesas fazem parte do grupo de defesas imaturas, com exceção para a idealização que é do tipo neurótica. Neste estudo, em relação ao grupo Borderline não se apurou uma ação conjunta desses mecanismos, mas sim uma ação de mecanismos tanto do tipo neurótico (denegação), como maduro

(antecipação) e imaturo (isolamento). Kernberg (1986) acredita que nestas patologias as defesas adaptativas eram pouco usadas, e que o maior peso seria sempre para as defesas imaturas, mas os resultados obtidos diferem da visão do autor. Uma hipótese explicativa destes resultados pode ser que perante a estrutura Borderline, uma estrutura que possui características do terreno neurótico e psicótico, talvez faça sentido observar organizações defensivas de variados tipos.

No Grupo com Outras Patologias verificou-se um maior índice de Clivagem, nomeadamente no subgrupo da Depressão Grave, mas também neste caso a defesa apareceu isolada das restantes mencionadas por Kernberg, não se verificando desta forma uma ação conjunta de vários mecanismos (1967, 1986). Estes resultados são diferentes de um estudo conduzido por Mullen e col. (1999) em que, utilizando o DSQ-88, verificaram que na depressão os mecanismos mais usados eram os dos fatores maladaptativo (evitamento, regressão, *acting out*, inibição, agressão passiva, projeção), autossacrifício (pseudoaltruísmo, formação reativa, negação) e adaptativo (supressão, sublimação, humor), tendo obtido os resultados mais baixos para o fator de distorção de imagem, grupo onde a clivagem estava inserida. Com base neste estudo não era de esperar que esta fosse a patologia com maior índice de Clivagem.

Por defeito, a personalidade Borderline tem dificuldades em integrar elementos idealizados e persecutórios, identificações positivas e negativas, em relação às representações de objeto, e está ligada em termos defensivos a níveis de difusão de identidade, ou seja, a Clivagem do *self* e as outras representações. Portanto, seria de esperar que houvesse uma relação específica entre esta personalidade e o mecanismo Clivagem.

Apesar de não se ter verificado uma especificidade da Clivagem no Grupo Borderline, existe uma relação significativa entre a Clivagem e este grupo, pois 20.5% do BPQ é explicado pela Clivagem. Um dos motivos poderá ser o que Kramer et al. (2012) referem ao dizer que a Clivagem, como mecanismo específico Borderline, está relacionada com os critérios de diagnóstico que correspondem à impulsividade e

instabilidade afetiva, isto porque a própria Clivagem está relacionada com alguma instabilidade que, por defeito, se constitui como uma oscilação entre o totalmente bom e o totalmente mau. Posto isto, a Clivagem pode incrementar a presença de impulsividade e a instabilidade afetiva, que por sua vez constituem segundo Silk (2000) e Paris (1994), dois dos fatores de maior risco para o desenvolvimento deste tipo de psicopatologia. Ou seja, grandes níveis de impulsividade e instabilidade afetiva são uma das principais causas da Perturbação de Personalidade Borderline.

Mas os resultados mostraram-nos também que existe uma relação significativa entre a Clivagem, e o BDI e BSI, o que sugere que o processo a que chamamos Clivagem, e que foi aqui medido pelos instrumentos, é igualmente importante em todas as situações clínicas apresentadas e pode contribuir para o aumento destas. Os valores são muito próximos, e tal pode dever-se ao facto de que o que é aqui medido é diferente do constructo psicopatológico da Clivagem. No caso do DSQ-40, o que está em avaliação não são as defesas como mecanismos inconscientes, tal como definidas pela teoria analítica, mas os fenómenos conscientes eventualmente daí derivados, portanto é medido o que o sujeito pensa que usa. Já Freud (citado por Koch, 2011) dizia que o inconsciente como armazém de sentimentos, memórias e pensamentos normalmente inaceitáveis, é por defeito inacessível, o que torna difícil a tarefa de o investigar. O autor considerava que o inconsciente estava por de trás de muitos comportamentos e que nós enquanto seres humanos não estamos totalmente conscientes do que pensamos.

Ao dividir o BPQ por grupos de critérios (DSM 5), verificou-se a existência de uma relação significativa entre estes e a Clivagem, principalmente com o critério da Instabilidade Afetiva. Nestas personalidades há uma instabilidade afetiva persistente que marca as relações interpessoais e intrapessoais, e tão depressa a pessoa pensa o melhor como o pior de si e dos outros. Há, portanto, uma oscilação entre extremos de valorização/idealização e desvalorização, e ao saber-se que a Clivagem consiste numa forma de divisão das representações do self e

dos outros em completamente boas ou más, estes extremos de valorização/desvalorização são um bom exemplo disso, e refletem bastante bem a instabilidade afetiva sentida por estes indivíduos. O mais sensato será ver esta relação como uma relação de influência mútua, ou seja, a instabilidade afetiva pode explicar a Clivagem porque contribui para o seu aumento, mas a Clivagem também pode explicar a instabilidade afetiva. Autores como Eyers e Zeigler-Hell (2008), Yanay e Siles (2009) consideravam que a Clivagem vista como um processo de tudo ou nada cria uma grande instabilidade.

Em virtude destes resultados, uma possível explicação pode ser que as respostas dadas nos questionários utilizados correspondem mais ao que as pessoas dizem que pensam do que efetivamente ao que elas realmente pensam. Pode ser uma falta de consciência/noção ou até mesmo falta de honestidade, devido, por exemplo, ao peso do estigma social.

É importante referir que os questionários de autorresposta trazem sempre algumas implicações, pois o facto de ser a pessoa a responder por si mesma, dá-lhe mais liberdade e esta pode dizer o que quiser, ou o que pensa que é, o que muitas vezes não bate certo com a realidade. O problema também se prende com as opções de resposta que em muitos dos casos estão apenas próximas da opinião do indivíduo, podendo não ser uma representação fiel da realidade. Além disso, as perguntas padronizadas acabam por não permitir captar diferenças de opinião significativas ou subtis. Também deve ser levada em conta a superficialidade das respostas, pois muitas vezes as pessoas preenchem os questionários sem pensar nem ler bem as perguntas, e essa situação ainda piora quando o protocolo é longo, o que foi o caso. Além disso, também é difícil manter sempre o mesmo nível de atenção e empenho do início ao fim.

## **VI. Conclusão**

Em virtude dos argumentos apresentados, é difícil afirmar se há uma relação de especificidade entre a Perturbação de Personalidade

Borderline e o mecanismo de defesa Clivagem. Grandes autores da Psicologia que se debruçaram sobre o assunto, tais como Kernberg (1991, 2005), sempre incluíram a Clivagem no grupo dos mecanismos específicos Borderline.

No entanto, os resultados desta investigação vêm sugerir que este não é o mecanismo mais usado na Perturbação de Personalidade Borderline, e que há outras patologias que recorrem mais a este mecanismo, por exemplo, no Grupo com Outras Patologias os índices foram mais elevados (Kramer, Roten, Perry, & Despland, 2012).

No entanto, de modo a entender os resultados, chama-se a atenção para o facto de que a depressão tem uma conotação narcísica, que é o que mais influencia a estrutura Borderline, e dado que a depressão acaba por ser o quadro mais inespecífico de todos, apresentando o maior nível de comorbilidade com outras situações clínicas, é fácil encontrar a depressão, tal como a ansiedade, em várias situações clínicas e não só, por exemplo, alguém que está na véspera de um acontecimento importante como um exame ou uma operação, apresentará níveis de ansiedade e passará por estados depressivos que podem apenas ser transitórios. Portanto, a depressão é uma situação clínica que exige diferentes formas de controlo, que devem considerar a eventual multiplicidade de quadros e síndromes. O seu carácter oscilatório é afetado pelas contingências da amostra, por exemplo, muitas depressões são depressões Borderline, e além disso são marcadas por vários aspetos da linha neurótica, psicótica, e até mesmo aspetos pessoais.

De qualquer das formas é difícil afirmar com segurança que estes resultados são uma amostra fiel da realidade, pois foram obtidos através de questionários de autorresposta, e portanto, é importante ter consciência de que deste modo não se deve invalidar o que a literatura defende acerca deste assunto.

No futuro penso que seria interessante realizar mais e melhores investigações acerca do assunto aqui discutido e publicar mais informação acerca do mesmo, já que a bibliografia disponível acerca do assunto é

escassa. Por exemplo, para melhor identificar os mecanismos de defesa utilizados e de forma a combater as dificuldades relacionadas com o uso de questionários de autorresposta, como alternativa poder-se-ia intercalar o uso de questionários de autorresposta com um acompanhamento psicológico dos sujeitos em estudo, permitindo desta forma ao terapeuta identificar os mecanismos inconscientes utilizados pelo sujeito. Metodologicamente seria muito complicado e moroso, mas certamente os resultados seriam mais fiéis à realidade.

### **Bibliografia**

Amaral, I. (2007). Dissertação de Mestrado: Versão Portuguesa do Defense Style Questionnaire 40 (Andrews, 1993). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Angel, L., Richard, D. & Valleur, M. (2000). Toxicomanias. Lisboa: Climepsi Editores.

Beck, A., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry.

Bergeret, J. (1982). Toxicomania e Personalidade. Rio de Janeiro: Zahar Editores, S.A.

Bergeret, J. (2000). A Personalidade Normal e Patológica. Lisboa: Climepsi Editores.

Bion, W. (1962). A Psycho-Analytic Study of Thinking. International Journal of Psycho-Analysis.

Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense Styles and Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders.

Brook, J. (SEM DATA). Freud and Splitting. Canada: Dept. of Philosophy, Carleton University.

Campos, R. (2012). Psicopatologia e Diagnóstico Psicodinâmico. Lisboa: Climepsi Editores. 49

Campos, R. (2013). Porque Nunca Me Deixaste Existir a Mim Precisarei de Ti para Sempre. Lisboa: XXIV Colóquio da Sociedade Portuguesa de Psicanálise – Psicanálise na Era Global.

Canavarro, M. (1997). Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental. Tese de Doutoramento em Psicologia. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

Centeno, M., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A. & Neto, I. (S.D.).A “Síndrome das Portas Abertas” – Um Diagnóstico A Partir do Grupo Multifamiliar. Lisboa.

Derogatis L.R. (1992). The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual II. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Devens, M., & Erickson, M. (1998). The Relationship Between Defense Styles and Personality Disorders. Journal of Personality Disorders, The Guilford Press.

Dias, C. (2004). Costurando as Linhas da Psicopatologia Borderland (Estados-Limite). Lisboa: Climepsi Editores.



Faria, A. (2003). Monografia: Transtorno de Personalidade Borderline: Uma Perspectiva Simbólica. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica.

Freud, A. (1978). *Le Moi et Les Mécanismes de Défense*. Paris: PUF.

Freud, S. (1940). Splitting of the Ego in the Process of Defence. In: *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXI*. London: The Hogart Press.

Freyd, J. (1996). *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*. E.U.A..

Greene, L. (1993). *Primitive Defenses and the Borderline Patient's Perceptions of the Psychiatric Treatment Team*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Greenson, R. (1959). Phobia, Anxiety, and Depression. *J Am Psychoanal Assoc*.

Hinshelwood, R. (2008). *Repression and Splitting: Towards a Method of Conceptual Comparison*. *Int J Psychoanal*.

Horowitz, M., Markman, H., Stinson, C., Fridhandler, B., & Ghannam, J. (1990). A Classification Theory of Defense. In: Singer, J. (1990). *Repression and dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*. Chicago: University of Chicago Press.

Fossati, A., Feeney, J., Carretta, I., & Grazioli, F. (2005). *Modeling The Relationships Between Adult Attachment Patterns and Borderline*

Personality Disorder: The Role of Impulsivity and Aggressiveness. Italy: Journal of Social and Clinical Psychology.

Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. Journal Of The American Psychoanalytic Association, 15641-685.

Kernberg, O. (1986). Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O. (1991). Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline. Brasil: Artmed.

Kernberg, O. (1994). Agression, Trauma and Hartred in the Treatment of Borderline Patients. Psychiatr Clin North Am.

Kernberg, O. (2004a). Borderline conditions and Pathological Narcissism. New York: J. Aronson.

Kernberg, O. (2004b) Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Kernberg, O. (2006). Agressividade, Narcisismo e Auto-Destrutividade na Relação Terapêutica. Lisboa: Climepsi Editores.

Klein, M. (1991). Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Koch, C. (2011). Probing the Unconscious Mind. USA: Scientific American Mind.

Koenigsberg, H., Harvey, P., Mitropoulou, V., New, A., Goodman, M., Silverman, J., Serby M., Schopick F., & Siever L. (2001). Are the

Interpersonal and Identity Disturbances in the Borderline Personality Disorder Criteria Linked to the Traits of Affective Instability and Impulsivity? *Journal of Personality Disorders*.

Koenigsberg, H. (2010). Affective instability: Toward an Integration of Neuroscience and Psychological Perspectives. *Journal of Personality Disorders*

Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2009). Specificities of Defense Mechanisms in Bipolar Affective Disorder: Relations with Symptoms and Therapeutic Alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2012). Beyond Splitting: Observer-Rated Defense Mechanisms In Borderline Personality Disorder. American Psychological Association.

Lieberman, D. (1981). *A Comunicação em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Liechsenring, F. (1999). Splitting: An Empirical Study. *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Livesley, J. (2000). *A Clinical Approach to the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*. Psychiatr Clin North Am.

Matos, A. (2012). *O Desespero: Aquém da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mahler, M. (1971). A Study of the Separation-individuation Process and its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanal Study Child*.

Mahler, M. (1973). *Symbiose Humaine et Individuation*. Vol. 1. Paris: Payot.

McClellan, J., Adams J., Douglas D., McCurry C., & Storck M. (1995). *Clinical Characteristics Related to Severity of Sexual Abuse: A Study of Seriously Mentally Ill Youth*. *Child Abuse Negl.*

McWilliams, N. (2004). *Formulação Psicanalítica de Casos*. Lisboa: Climepsi Editores.

McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mullen, L., Blanco, C., Vaughan, S., Vaughan, R., & Roose, S. (1999). *Defense Mechanisms and Personality in Depression*. New York: *Depression and Anxiety* 10.

Myers, E., & Zeigler-Hill, V. (2008). *No Shades of Gray: Splitting and Self-Esteem Instability*. E.U.A.: University of South Mississippi.

Paixão, R. (2002). *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil, Volume II*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Paixão, R. (2012). *Disciplina de: Toxicodependência e Comportamentos Delinquentes*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Paris, J. (1994). *Borderline Personality Disorder: a Multidimensional Approach*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.

Paris, J. (2005). The Development of Impulsivity and Suicidality in Borderline Personality Disorder. E.U.A.: Development and Psychopathology 17.

Pereira, A. (2006). Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciência Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.

Poreh, A., Rawlings, Claridge, D., Freeman, J., Faulkner C., & Shelton C., (2006). The BPQ: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria. Journal of Personality Disorders.

Reghelin, M. (2002). O Transtorno de Personalidade Borderline. Porto Alegre: Contemporânea.

Rosenfeld, H. (1971). A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts: An Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism. Int J Psychoanal.

Savvopoulos, S., Manolopoulos, S., & Beratis, S. (2010). Repression and Splitting in the Psychoanalytic Process. E.U.A.: The International Journal of Psychoanalysis.

Schwartz-Salant, N. (1997). A Personalidade Limítrofe: Visão e Cura. São Paulo: Cultrix.

Sequeira, J. (2003). Tese de Mestrado: As Origens Psicológicas da Toxicomania. Lisboa: ISPA.

Silk, R. (2000). Borderline Personality Disorder: Overview of Biologic Factors. *Psych Clin North Am*.

Spinhoven, P., Gaalen, H., & Abraham, R. (1995). The Defense Style Questionnaire: A Psychometric Examination. *Journal of Personality Disorders: The Guilford Press*.

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World Of The Infant A View From Psychoanalysis And Developmental Psychology*. New York: Basic Books.

Tardivo, L. (2012). *Relações entre Toxicodependência e Estruturas Borderline*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Thygesen, K., Drapeau, M., Trijsburg, R. Lecours, S., & Roten, Y. (2008). Assessing Defense Styles. Factor Structure and Psychometric Properties of the New Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.

Winnicott DW (1969). The Mother–Infant Experience of Mutuality. In: Winnicott C., Shepherd R., Davis M., editors. *Psychoanalytic Explorations*. Harvard University Press.

Yanay, N, & Siles, E. (2009). Idealization, Splitting, and The Challenge of Homophobia. *Psychoanalytic Dialogues*.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Tabelas**



**Tabelas da Consistência Interna**  
*Consistência Interna –  $\alpha$  de Cronbach*

<i>BPQ</i>	
BPQ geral	.845
Dimensão 1 - Abandono	.629
Dimensão 2 – Relações	.266
Dimensão 3 – Autoimagem	.285
Dimensão 4 – Impulsividade	.290
Dimensão 5 –	.764
Suicídio/Automutilação	
Dimensão 6 – Instabilidade Afetiva	.315
Dimensão 7 – Sensação de Vazio	.842
Dimensão 8 – Raiva Intensa	.420
Dimensão 9 – Ideação Paranóide	-.040
<i>BSI</i>	
BSI geral	.963
Dimensão 1 - Somatização	.789
Dimensão 2 – Obsessões-compulsões	.828
Dimensão 3 – Sensibilidade Interpessoal	.801
Dimensão 4 – Depressão	.863
Dimensão 5 – Ansiedade	.787
Dimensão 6 – Hostilidade	.706
Dimensão 7 – Ansiedade Fóbica	.713
Dimensão 8 – Ideação Paranóide	.795
Dimensão 9 – Psicoticismo	.723
<i>DSQ-40</i>	
DSQ-40 geral	.787
Tipo Maturativo	.586
Tipo Neurótico	.431
Tipo Imaturo	.814

## Tabelas 2

### 2.1.

#### *Média das Defesas no Grupo Borderline*

Defesa	Média
Antecipação	3,98
Denegação	3,79
Isolamento	3,74
Pseudoaltruísmo	3,52
Sublimação	3,48
Agressão passiva	3,43
Deslocamento	3,41
Clivagem	3,38
Fantasia autística	3,33
Somatização	3,30
Acting out	3,30
Supressão	3,25
Racionalização	3,23
Formação reativa	3,19
Humor	3,17
Idealização	3,15
Desvalorização	3,15
Projeção	3,14
Dissociação	2,99
Negação	2,99

## 2.2.

*Média das Defesas no Grupo com Outras Patologias*

Defesa	Média
Antecipação	4,35
Clivagem	4,21
Deslocamento	4,16
Isolamento	4,07
Denegação	4,05
Idealização	3,97
Acting out	3,89
Pseudoaltruísmo	3,87
Sublimação	3,84
Somatização	3,81
Fantasia autística	3,80
Desvalorização	3,76
Formação reativa	3,66
Supressão	3,64
Projeção	3,64
Humor	3,61
Dissociação	3,57
Racionalização	3,57
Negação	3,51
Agressão passiva	3,42

## 2.3.

*Média das Defesas no Grupo de Controlo*

Defesa	Média
Agressão passiva	3,73
Antecipação	3,57
Denegação	3,40
Pseudoaltruísmo	3,23
Sublimação	3,16
Isolamento	3,11
Racionalização	3,04
Supressão	3,01
Somatização	2,92
Fantasia autística	2,91
Humor	2,89
Formação reativa	2,86
Idealização	2,80
Deslocamento	2,77
Projeção	2,77
Acting out	2,58
Clivagem	2,55
Negação	2,52
Dissociação	2,33
Desvalorização	2,25

### Tabelas 3

#### 3.1.

*A média da Clivagem por cada Dimensão do BSI*

Dimensões	Média
Dimensão 1	3,53
Dimensão 2	3,36
Dimensão 3	3,46
Dimensão 4	3,45
Dimensão 5	3,47
Dimensão 6	3,70
Dimensão 7	3,73
Dimensão 8	3,44
Dimensão 9	3,61

#### 3.2.

*A média da Clivagem no BDI*

Tipo de Depressão	Média
Sem depressão ou depressão leve	2,82
Depressão leve a moderada	3,74
Depressão moderada a grave	3,65
Depressão grave	4,63

**Tabela 4**

*Análise da distribuição normal da clivagem: teste Kolmogorov-Smirnov*

	Estatística	df	p-value
Clivagem	.079	228	.002*

\*p<.05

**Tabela 10**

*Regressão Linear: Influência do Critério 1 (Abandono) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	-.058	.079		
Clivagem	.145	.024	.378	37.734***
<b>R<sup>2</sup></b>	.143			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.139			

\*\*\*p<.001

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 1) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a=.139$ , em que 13.9% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 11**

*Regressão Linear: Influência do Critério 2 (Relações) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	.511	.121		
Clivagem	.194	.037	.334	28.334***
<b>R<sup>2</sup></b>	.111			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.107			

\*\*\*p<.001

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 1) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a=.107$ , em que 10.7% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 12**

*Regressão Linear: Influência do Critério 3 (Autoimagem) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	.133	.119		
Clivagem	.202	.036	.352	31.988***
<b>R<sup>2</sup></b>	.124			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.120			

\*\*\* $p < .001$

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 3) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a = .120$ , em que 12% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 13**

*Regressão Linear: Influência do Critério 4 (Impulsividade) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	.237	.123		
Clivagem	.188	.037	.319	25.687***
$R^2$	.102			
$R^2_{adj}$	.098			

\*\*\* $p < .001$

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 4) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a = .098$ , em que 9.8% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 14**

*Regressão Linear: Influência do Critério 5 (Suicídio/Auto-Mutilação) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	.209	.091		
Clivagem	.168	.027	.379	37.799***
$R^2$	.143			
$R^2_{adj}$	.139			

\*\*\* $p < .001$

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 5) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a = .139$ , em que 13.9% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 15**



*Regressão Linear: Influência do Critério 7 (Sensação de Vazio)  
do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	-.008	.078		
Clivagem	.106	.024	.287	20.219***
<b>R<sup>2</sup></b>	.082			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.078			

\*\*\*p<.001

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 7) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a=.078$ , em que 7.8% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 16**

*Regressão Linear: Influência do Critério 8 (Raiva Intensa) do  
BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	.255	.115		
Clivagem	.244	.035	.425	49.904***
<b>R<sup>2</sup></b>	.181			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.177			

\*\*\*p<.001

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 8) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a=.177$  em que 17.7% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**Tabela 17**

*Regressão Linear: Influência do Critério 9 (Estados  
Dissociativos) do BPQ no Grupo Borderline*

	B	SE B	Beta	F
<i>Constant</i>	-.017	.093		
Clivagem	.197	.028	.427	50.265***
<b>R<sup>2</sup></b>	.182			
<b>R<sup>2</sup><sub>adj</sub></b>	.178			

\*\*\*p<.001

Relacionando a variável independente (Clivagem) e a dependente (Critério 9) através da Regressão Linear obteve-se um  $R^2_a=.178$ , em que 17.8% dos nossos valores são explicados pelo modelo. Existe relação positiva e significativa entre as duas variáveis em estudo.

**ANEXO II**  
**Protocolo de Investigação**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo insere-se num projeto de investigação científica no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. No essencial, envolve o preenchimento dos questionários: Borderline Personality Questionnaire (BPQ), Beck Depression Inventory (BPI), Defense Style Questionnaire (DSQ-40) e Brief Symptom Inventory (BSI).

O preenchimento dos inquéritos é feito num único momento.

Todas as dúvidas e/ou questões que possa ter em relação à sua participação neste projeto podem e devem ser colocadas diretamente ao investigador que se encontra na sala consigo. A sua participação é, no entanto, absolutamente **voluntária**, podendo inclusivamente, se assim o entender, desistir a qualquer momento.

De salientar, ainda, que os resultados assim obtidos são estritamente **confidenciais**, sendo apenas utilizados estatisticamente para os fins desta investigação (considerando apenas grupos de respostas e não dados particulares reportados pelos participantes).

Caso concorde em participar é importante que responda de uma forma sincera e espontânea, **não deixando nenhuma questão por responder**. Caso não concorde em colaborar deverá apenas devolver os inquéritos em branco.

---

(assinatura do/a participante)

**Obrigado pela sua colaboração.**

## BPQ

Versão portuguesa do *BPQ*

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Instruções: **Faça um círculo em volta da resposta que acha que melhor o descreve em relação a cada sentimento** (de há dois anos ou mais até a data de hoje). **Faça um círculo em volta do V se pensar que o estado é verdadeiro ou um círculo em volta do F se achar que o estado é falso. Não há respostas correctas ou erradas. Tente responder o mais honestamente possível, sem pensar excessivamente em cada item.**

**Responda, por favor, a todas as questões, mesmo que a decisão seja difícil.**

1. Por vezes, faço coisas sem pensar muito nelas.	V	F
2. Por vezes, fico subitamente deprimido(a) ou ansioso(a).	V	F
3. Por vezes, sinto-me abandonado pelas pessoas.	V	F
4. Fico raramente desapontado(a) com os meus amigos.	V	F
5. Sinto-me inferior aos outros.	V	F
6. No passado, já ameacei ferir-me a mim próprio.	V	F
7. Não acredito ser capaz de fazer alguma coisa de interessante com a minha vida.	V	F
8. Raramente me zango com outras pessoas.	V	F
9. Por vezes, sinto-me como se não fosse real.	V	F
10. Não tenho relações sexuais com uma pessoa, a menos que a conheça há algum tempo.	V	F
11. Por vezes, depois de me sentir ansioso(a) ou irritado(a) fico triste.	V	F
12. Quando as pessoas que me são próximas morrem ou me deixam, sinto-me abandonado(a).	V	F
13. Exagero frequentemente o valor das amizades e acabo por descobrir depois que, afinal, elas não têm esse valor.	V	F
14. Se eu fosse mais parecido(a) com outras pessoas, sentir-me-ia melhor comigo próprio(a).	V	F
15. Já tentei ferir-me voluntariamente, embora não me quisesse matar.	V	F
16. No geral, a minha vida é bastante aborrecida.	V	F
17. Entro com alguma frequência em "cenas de pancadaria".	V	F
18. Por vezes, as pessoas estão longe de me compreender.	V	F
19. Os meus amigos dizem-me que o meu humor se altera muito rapidamente.	V	F
20. Ficar sozinho assusta-me.	V	F
21. As pessoas que parecem honestas muitas vezes acabam por me desiludir.	V	F
22. Já tentei suicidar-me.	V	F
23. Por vezes, sinto-me como se não tivesse nada para oferecer aos outros.	V	F

24. Tenho problemas em controlar o meu temperamento.	V	F
25. Consigo perceber aquilo que vai na cabeça dos outros.	V	F
26. Já experimentei drogas “duras” (por exemplo, cocaína, heroína).	V	F
27. O meu humor alterna frequentemente ao longo do dia entre estados de felicidade, cólera, ansiedade e depressão.	V	F
28. Quando os meus amigos se vão embora, fico confiante de que os voltarei a ver.	V	F
29. Sinto-me frequentemente desapontado pelos meus amigos.	V	F
30. Já me cortei propositadamente.	V	F
31. Muitas vezes, sinto-me sozinho(a) e abandonado(a).	V	F
32. Não tenho grandes dificuldades em controlar o meu temperamento.	V	F
33. Por vezes, vejo ou ouço coisas que as outras pessoas não conseguem ver ou ouvir.	V	F
34. Na minha opinião, é natural ter relações sexuais num primeiro encontro.	V	F
35. Por vezes, sinto-me muito triste, mas este sentimento pode mudar rapidamente.	V	F
36. As pessoas deixam-me frequentemente ficar mal, ou “empurram-me” para baixo.	V	F
37. Gostava de ser mais parecido(a) com alguns dos meus amigos.	V	F
38. Costumava tentar ferir-me para obter alguma atenção.	V	F
39. Sou, com grande frequência, diferente com diferentes pessoas em diferentes situações de tal forma que, às vezes, já não sei verdadeiramente quem sou.	V	F
40. Irrito-me facilmente com os outros.	V	F
41. Por vezes, consigo ouvir aquilo que as outras pessoas estão a pensar.	V	F
42. Fico “pedrado” (com drogas) sempre que me apetece.	V	F
43. Raramente me sinto triste ou ansioso(a).	V	F
44. Ninguém gosta de mim.	V	F
45. Quando confio nas pessoas, elas raramente me desiludem.	V	F
46. Sinto que as pessoas não gostariam de mim se me conhecessem verdadeiramente.	V	F
47. Irrito-me facilmente.	V	F
48. É impossível “ler” a mente dos outros.	V	F
49. Por vezes, sinto-me muito feliz, mas este sentimento pode mudar rapidamente.	V	F
50. Acho difícil depender dos outros porque eles nunca estão presentes quando preciso.	V	F
51. As amizades com as pessoas que me interessam têm muitos altos e baixos.	V	F
52. Sinto-me à-vontade com a minha maneira de ser.	V	F
53. Nunca tentei ferir-me.	V	F

54. Raramente me sinto sozinho(a).	V	F
55. Por vezes, acho que as mais pequenas coisas me irritam.	V	F
56. Por vezes, não consigo distinguir entre o real e o imaginário.	V	F
57. Quando bebo, bebo muito.	V	F
58. Considero-me uma pessoa mal-humorada.	V	F
59. Tenho dificuldades em desenvolver relações de amizades próximas, porque as pessoas frequentemente me abandonam.	V	F
60. Os meus amigos estão sempre presentes quando preciso deles.	V	F
61. Gostaria de ser outra pessoa.	V	F
62. Acho que a minha vida não é muito interessante.	V	F
63. Quando estou irritado(a), por vezes, atiro e bato em objectos partindo-os.	V	F
64. Nos últimos tempos apanhei várias multas por excesso de velocidade.	V	F
65. Por vezes, sinto-me como se estivesse numa “montanha-russa” emocional.	V	F
66. Sinto-me como se a minha família me tivesse abandonado.	V	F
67. Sinto-me à-vontade com a pessoa que sinto ser.	V	F
68. Por vezes, faço coisas impulsivamente.	V	F
69. A minha vida não tem sentido.	V	F
70. Não tenho a certeza sobre aquilo que quero fazer no futuro.	V	F
71. Por vezes, como tanto que fico com dores de barriga ou tenho mesmo de vomitar.	V	F
72. As pessoas já me disseram que sou uma pessoa temperamental.	V	F
73. Por vezes, as pessoas de quem gosto abandonam-me.	V	F
74. Muitas vezes, em situações sociais, sinto que as outras pessoas podem ver através de mim e perceber que não tenho muito para dar.	V	F
75. Já fui hospitalizado por me ter ferido propositadamente.	V	F
76. Muitas vezes, sinto uma espécie de vazio dentro de mim.	V	F
77. Muitas vezes, os outros irritam-me.	V	F
78. Muitas vezes, fico irrequieto apenas por pensar que alguém de quem eu gosto verdadeiramente me pode deixar.	V	F
79. Por vezes, sinto-me confuso(a) com os meus objectivos a longo prazo.	V	F
80. Os outros dizem que me irrito facilmente.	V	F

***Obrigada pela sua participação!***

## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<b>1</b>	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	<b>7</b>	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
<b>2</b>	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	<b>8</b>	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
<b>3</b>	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	<b>9</b>	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
<b>4</b>	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	<b>10</b>	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
<b>5</b>	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	<b>11</b>	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
<b>6</b>	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	<b>12</b>	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas



## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

<p><b>13</b></p>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes            1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava            2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes            3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<p><b>18</b></p>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual            1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser            2 Meu apetite é muito pior agora            3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<p><b>14</b></p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes            1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo            2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo            3 Acredito que pareço feio</p>	<p><b>19</b></p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente            1 Perdi mais do que 2 quilos e meio            2 Perdi mais do que 5 quilos            3 Perdi mais do que 7 quilos            Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p><b>15</b></p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes            1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa            2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa            3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	<p><b>20</b></p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual            1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação            2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa            3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
<p><b>16</b></p>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual            1 Não durmo tão bem como costumava            2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir            3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	<p><b>21</b></p>	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo            1 Estou menos interessado por sexo do que costumava            2 Estou muito menos interessado por sexo agora            3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
<p><b>17</b></p>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual            1 Fico cansado mais facilmente do que costumava            2 Fico cansado em fazer qualquer coisa            3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

**DSQ-40**  
**(Andrews & Bond, 1993)**

**Instruções:** este questionário consiste num conjunto de afirmações sobre atitudes pessoais. Perante cada afirmação indique o seu grau de concordância usando a escala de sete pontos apresentada. Para identificar a sua resposta coloque um círculo no número correspondente, considerando que estes números vão da discordância total (nº1) à concordância total (nº7).

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas.

Os números no lado direito da folha significam o seguinte:

**1 = discordo totalmente    2 = discordo muito    3 = discordo pouco    4 = não discordo nem concordo**  
**5 = concordo pouco    6 = concordo muito    7 = concordo totalmente**

1.	Obtenho satisfação ajudando os outros e se isto me fosse retirado ficaria deprimido(a)	1 2 3 4 5 6 7
2.	Sou capaz de ignorar um problema até ter tempo para lidar com ele	1 2 3 4 5 6 7
3.	Conseguo lidar com a ansiedade se fizer algo construtivo e criativo como pintar ou fazer trabalhos de carpintaria	1 2 3 4 5 6 7
4.	Sou capaz de encontrar boas razões para tudo o que faço	1 2 3 4 5 6 7
5.	Sou capaz de rir de mim próprio(a) com bastante facilidade	1 2 3 4 5 6 7
6.	As pessoas costumam maltratar-me	1 2 3 4 5 6 7
7.	Se alguém me assaltasse e roubasse dinheiro, preferia que essa pessoa fosse ajudada ao invés de punida	1 2 3 4 5 6 7
8.	As pessoas dizem que eu tenho a tendência a ignorar os factos desagradáveis como se eles não existissem	1 2 3 4 5 6 7
9.	Eu ignoro o perigo como se fosse o Super-Homem	1 2 3 4 5 6 7
10.	Orgulho-me da minha capacidade de diminuir as pessoas	1 2 3 4 5 6 7
11.	Frequentemente, ajo impulsivamente quando alguma coisa me está a incomodar	1 2 3 4 5 6 7
12.	Fico fisicamente doente quando as coisas não me correm bem	1 2 3 4 5 6 7
13.	Sou uma pessoa muito inibida	1 2 3 4 5 6 7
14.	Obtenho maior satisfação com as minhas fantasias do que com a minha vida real	1 2 3 4 5 6 7
15.	Tenho talentos especiais que me permitem viver a vida sem problemas	1 2 3 4 5 6 7
16.	Há sempre boas razões quando as coisas não me correm bem	1 2 3 4 5 6 7
17.	Realizo mais coisas sonhando acordado(a) do que na vida real	1 2 3 4 5 6 7
18.	Não tenho medo de nada	1 2 3 4 5 6 7
19.	Às vezes penso que sou um anjo e, outras vezes, penso que sou um demónio	1 2 3 4 5 6 7

20.	Fico francamente agressivo(a) quando me sinto magoado(a)	1 2 3 4 5 6 7
21.	Sinto sempre que alguém que conheço funciona como uma espécie de Anjo da Guarda	1 2 3 4 5 6 7
22.	Na minha opinião as pessoas ou são boas ou são más	1 2 3 4 5 6 7
23.	Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro no meu trabalho ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele	1 2 3 4 5 6 7
24.	Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial	1 2 3 4 5 6 7
25.	Se os meus sentimentos interferirem no que estiver a fazer, consigo controlá-los bem	1 2 3 4 5 6 7
26.	Normalmente consigo ver o lado cómico de uma situação que seria, à partida, dolorosa	1 2 3 4 5 6 7
27.	Fico com dor de cabeça quando tenho de fazer alguma coisa que não gosto	1 2 3 4 5 6 7
28.	Frequentemente, apercebo-me que sou muito simpático(a) com pessoas com as quais deveria estar zangado(a)	1 2 3 4 5 6 7
29.	Tenho a certeza que a vida é injusta comigo	1 2 3 4 5 6 7
30.	Quando tenho que enfrentar uma situação difícil tento imaginar como será e planeio formas de lidar com a mesma	1 2 3 4 5 6 7
31.	Os médicos nunca entendem realmente o que está errado comigo	1 2 3 4 5 6 7
32.	Depois de lutar pelos meus direitos costumo pedir desculpas pela minha firmeza	1 2 3 4 5 6 7
33.	Quando estou deprimido(a) ou ansioso(a), comer faz com que me sinta melhor	1 2 3 4 5 6 7
34.	É-me dito, frequentemente, que eu não mostro o que sinto	1 2 3 4 5 6 7
35.	Se conseguir prever antecipadamente que vou ficar triste, consigo lidar melhor com isso	1 2 3 4 5 6 7
36.	Independentemente do quanto me queixe, nunca recebo uma resposta satisfatória	1 2 3 4 5 6 7
37.	Constato, frequentemente, que não sinto nada em situações que deveriam causar emoções fortes	1 2 3 4 5 6 7
38.	Concentrar-me na tarefa que tenho em mãos evita que me sinta deprimido(a) ou ansioso(a)	1 2 3 4 5 6 7
39.	Se eu estivesse a passar por uma crise, procuraria outra pessoa que tivesse o mesmo problema	1 2 3 4 5 6 7
40.	Se tenho um pensamento agressivo sinto necessidade de fazer algo que compense esse pensamento	1 2 3 4 5 6 7

**BSI**

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:**

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	--	--	--	--	--
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	--	--	--	--	--
29. Sensação de que lhe falta o ar	--	--	--	--	--
30. Calafrios ou afrontamentos	--	--	--	--	--
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	--	--	--	--	--
32. Sensação de vazio na cabeça	--	--	--	--	--
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	--	--	--	--	--
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	--	--	--	--	--
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	--	--	--	--	--
36. Ter dificuldade em se concentrar	--	--	--	--	--
37. Falta de forças em partes do corpo	--	--	--	--	--
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	--	--	--	--	--
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	--	--	--	--	--
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	--	--	--	--	--
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	--	--	--	--	--
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	--	--	--	--	--
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	--	--	--	--	--
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	--	--	--	--	--
45. Ter ataques de terror ou pânico	--	--	--	--	--
46. Entrar facilmente em discussão	--	--	--	--	--
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	--	--	--	--	--
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	--	--	--	--	--
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	--	--	--	--	--
50. Sentir que não tem valor	--	--	--	--	--
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	--	--	--	--	--
52. Ter sentimentos de culpa	--	--	--	--	--
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	--	--	--	--	--