



Universidades Lusíada

Nogueira, Joyce Delfino Sousa

## **Relação entre autotranscendência e bem-estar subjectivo em população com sintomatologia depressiva**

<http://hdl.handle.net/11067/5276>

### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2019
<b>Resumo</b>	<p>Sumário: 1. Introdução, p. 1 1.1. Personalidade segundo o modelo psicobiológico, p. 2 1.1.1. Modelo psicobiológico de Cloninger, p. 2 1.1.2. Inventário de Temperamento e Carácter Revisto (TCI-R), p. 3 1.2. Autotranscendência, p. 4 1.3. Bem-estar subjectivo, p. 7 1.4. Sintomatologia depressiva, p. 11 1.5. Objetivo, Hipóteses e Questão de Investigação, p. 12 2. Metodologia, p. 14 2.1. Participantes, p. 14 2.2. Instrumentos de Avaliação, p. 15 2.3. Procedimentos, p. 19 2.3.1. Recolha de ...</p> <p>Abstract: Study Emergence: self-transcendence and subjective well-Being are issues of current scientific interest, the first because it is a personality dimension that has not been very studied, and the second because it is an incessant search for human beings, becoming the subject of constant study in the field of psychological research. Objective: to evaluate the relationship between self-transcendence and subjective well-being in individuals with depressive symptomatology. Methodology / Par...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Depressão, Bem-estar, Aspectos psicológicos, Teste Psicológico - Inventário do Temperamento e Carácter (TCI-R), Teste Psicológico - Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL), Teste Psicológico - Escala de Tonalidade Emocional (PANAS)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T01:58:56Z com informação proveniente do Repositório

RELACÃO ENTRE AUTOTRASCENDÊNCIA E BEM-ESTAR SUBJETIVO  
EM POPULAÇÃO COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Psicologia Clínica**



**RELACÃO ENTRE AUTOTRASCENDÊNCIA  
E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM POPULAÇÃO  
COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

*Joyce Delfino de Souza Nogueira*

**PORTO 2019**



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



*Joyce Delfino de Souza Nogueira*



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Psicologia Clínica**



**RELAÇÃO ENTRE AUTOTRASCENDÊNCIA  
E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM POPULAÇÃO  
COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

*Joyce Delfino de Souza Nogueira*

**PORTO 2019**

**ORIENTAÇÃO:**  
Prof. Doutor Paulo Moreira



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



**PANTONE 151 C**

**C: 0**

**M: 48**

**Y: 95**

**K: 0**

## **Agradecimentos**

Esta caminhada trouxe-me a certeza de que podemos fazer e ser tudo aquilo que desejamos, desde que haja esforço e dedicação.

Durante todo o percurso encontrei mil motivos para desistir, mas desenvolvi dois mil motivos para permanecer. Esta permanência foi possível porque ao meu lado estiveram sempre pessoas maravilhosas, tais como os Professores Doutores e amigos, tanto da licenciatura como do mestrado, que ao longo do percurso foram extremamente motivadores.

Fica um agradecimento especial à minha família, esposo amado Elianai Souza e filhos queridos Amanda, Daniel e Filipe, que sempre acreditaram em mim. Juntos superamos dificuldades por horas dedicadas a este trabalho. Nunca vou me esquecer do espírito de equipa que foi primordial nesta reta final. Vocês fazem todo o esforço valer a pena.

Aos meus pais Jonas e Genita que sempre sonharam com seus filhos formados. Demorou! Mas afinal, aos 37 anos de vida, papai e mamãe, eu posso dizer que consegui!!!

Não podia deixar de agradecer às minhas queridas amigas Diana Cunha e Sílvia Vilas, em especial, porque foram um grande suporte e juntas temos superados limites, muito obrigada pelas vossas contribuições! Levarei para sempre em meu coração cada uma de vocês.

Aqui ainda ficam alguns nomes que, se não fosse pelo mestrado talvez eu nunca os pudesse ter conhecido, Angelina, Tiago, Augusta, Francisca, José, Márcia, Dra. Sara Faria e muitos outros, meu carinho e estima ficam aqui registados.

Às Professoras Doutoradas Joana Oliveira e Ana Meireles, meus profundos agradecimentos, este mestrado, foi marcado por vossas contribuições e transmissão de muito conhecimento.

E finalmente, e com muita admiração, dedico este parágrafo ao Professor Doutor Paulo Moreira. Um grande investigador com vários contributos nacionais e internacionais, para o ramo da Psicologia. Meu orientador e supervisor; o meu muito obrigada por suas aulas, sua

maneira única de nos fazer pensar e não nos deixar contentarmo-nos com pensamentos superficiais, por nos inspirar, por nos fazer querer saber, procurar e entender, o grandioso sistema humano.

## Resumo

**Emergência do Estudo:** a autotranscendência e o bem-estar subjetivo, são questões de atual interesse científico. A primeira, por ser uma dimensão da personalidade ainda pouco estudada e a segunda por ser uma busca incessante dos seres humanos, tornando-se alvo de constante estudo no campo da investigação psicológica. **Objetivo:** avaliar a relação entre autotranscendência e o bem-estar subjetivo em indivíduos com Sintomatologia Depressiva. **Métodologia/Participantes:** este estudo envolveu 86 participantes (28 do sexo masculino e 58 do sexo feminino) com idades compreendidas entre 18 e 67 anos. **Instrumentos:** foram utilizados o questionário sociodemográfico, a entrevista clínica estruturada para as perturbações do DSM-5 (SCID-5), o inventário de temperamento e caráter - revisto (TCI-R); o questionário *PANAS*, o *World health organization quality of Life (WHOQOL-BRIEF)*. **Resultados:** os resultados encontrados revelaram uma relação negativa significativa entre o bem-estar subjetivo e a sintomatologia depressiva. Verificaram-se também diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível do bem-estar subjetivo.

*Palavra-chave:* autotranscendência, bem-estar subjetivo, sintomatologia depressiva.

## Abstract

**Study Emergence:** self-transcendence and subjective well-Being are issues of current scientific interest, the first because it is a personality dimension that has not been very studied, and the second because it is an incessant search for human beings, becoming the subject of constant study in the field of psychological research. **Objective:** to evaluate the relationship between self-transcendence and subjective well-being in individuals with depressive symptomatology. **Methodology / Participants:** this study involved 86 participants (28 males and 58 females) aged 18 to 67 years. **Instruments:** We used the sociodemographic questionnaire, the structured clinical interview for DSM-5 disorders (SCID-5), the temperament and character inventory - revised (TCI-R); the PANAS questionnaire, the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). **Results:** The results showed a negative significant relationship between subjective well-being and depressive symptomatology. It was also showed significant differences between man and women in subjective well-being.

*Keyword:* self-transcendence, subjective well-being, depressive symptoms.



## Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Personalidade segundo o modelo psicobiológico.....	2
1.1.1. Modelo psicobiológico de Cloninger.....	2
1.1.2. Inventário de Temperamento e Caráter Revisto (TCI-R).....	3
1.2. Autotranscendência.....	4
1.3. Bem-estar subjetivo .....	7
1.4. Sintomatologia depressiva .....	11
1.5. Objetivo, Hipóteses e Questão de Investigação .....	12
2. Metodologia.....	14
2.1. Participantes .....	14
2.2. Instrumentos de Avaliação.....	15
2.3. Procedimentos .....	19
2.3.1. Recolha de dados.....	19
2.3.2. Análise de dados. ....	20
3. Resultados .....	22
4. Discussão dos resultados.....	25
4.1. Limitações para o estudo.....	28
4.2 Implicações para a prática.....	28
4.3. Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas .....	30

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise descritiva: sexo e estado civil.....	14
Tabela 2. Correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis Autotranscendência, Bem-estar subjetivo e Sintomatologia Depressiva.....	23
Tabela 3. Teste de diferenças em função do sexo.....	24
Tabela 4. Diferenças de Médias com teste ANOVA entre as variáveis Autotranscendência, Bem-estar subjetivo e Sintomatologia depressiva quantos aos grupos do Estado Civil.....	24

## **Abreviaturas**

AT – Autotranscendência

BES – Bem-estar Subjetivo

DSM – 5 – Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais

PANAS - Positive and Negative Affect Schedule

SPSS - Statistical Package for Social Science

STD – Sintomatologia Depressiva

TCI – R - Inventário de Temperamento e Caráter - Revisto

WHOQOL-Brief - World Health Organization Quality of life – Brief

## 1. Introdução

Segundo Frankl (1991):

*“Não é verdade que o homem, propriamente originalmente, aspira a ser feliz? Não foi o próprio Kant quem reconheceu tal fato, apenas acrescentando que o homem deve desejar ser digno da felicidade? Diria eu que o homem realmente quer, em derradeira instância, não é a felicidade em si mesma, mas, antes, um motivo para ser feliz.”*

Ao longo da história da ciência, particularmente no ramo da Psicologia, as experiências espirituais (transcendentais), têm sido negligenciadas, levando muitos a relacionarem tais experiências com sintomas psicóticos (Alminhana, Tatton-Ramos, Nardini-Bubols, & Marques, 2017). Por esta razão, tornou-se pertinente avaliar a relação da autotranscendência com o bem-estar subjetivo na população com sintomatologia clínica, nomeadamente a sintomatologia depressiva, sendo esta a razão central deste estudo.

É um facto que medir e avaliar as experiências relacionadas à subjetividade da autotranscendência não é de todo uma tarefa fácil. No entanto, MacDonald e Friedman (2002) confirmam a padronização refinada das avaliações psicométricas, da autotranscendência através do TCI-R, como sendo úteis para quantificar a natureza dos estados transpessoais e estágios de desenvolvimento com a maior precisão possível.

Quando falamos em personalidade precisamos procurar conhecer os diversos avanços que a ciência tem alcançado no âmbito da saúde mental. A psicologia busca perceber os alicerces fisiológicos comportamentais dos indivíduos, através de estudos empíricos dos processos psicológicos presentes nas respostas comportamentais; sendo pautada a personalidade, como uma variável significativa para a percepção do indivíduo, enquanto ser idiossincrático e autónomo (Hansenne, 2003).

## **1.1. Personalidade segundo o modelo psicobiológico**

O modelo psicobiológico da personalidade desenvolvido por Cloninger (1993), define a personalidade como uma organização de processos psicobiológicos dinâmicos e não lineares, integrando dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

### **1.1.1. Modelo psicobiológico de Cloninger.**

É um modelo dimensional que procura fornecer fortes contribuições para o sistema de categorias de classificação da personalidade, embora continue a ser um desafio empírico e conceptual (Cloninger et al., 1993).

Este modelo tem avançado com robustez experimental e entre os modelos de personalidade mais atuais, é considerado o primeiro a incluir uma dimensão espiritual em seu corpo de traços e componentes, nomeadamente a autotranscendência (MacDonald & Holland, 2002).

Para a construção dessa dimensão, os autores utilizaram como bases conceituais, entre outras, as teorias humanistas e a teoria de Ken Wilber (permanência da experiência mística) (Cloninger et al., 1993).

As estruturas de desenvolvimento da personalidade neste modelo do Cloninger são descritas em termos de dimensões do temperamento e do caráter. As dimensões de temperamento incluem as respostas automáticas e hereditárias aos estímulos emocionais (Cloninger, Svrakic, Svrakic, 1997) e são definidas como:

- 1) Procura pelo Novo (associada à impulsividade e irritabilidade);
- 2) Evitamento de Danos (ansiedade e pessimismo);
- 3) Dependência de Recompensa Social (sentimentalismo e sociabilidade);
- 4) Persistência (associada à determinação e perfeccionismo).

As dimensões de caráter são baseadas no desenvolvimento e na aprendizagem do *self*

observando-se a si mesmo. A maturação de autoconceitos é relacionada com as três dimensões de caráter:

- 1) Autodiretividade (associado à responsabilidade, ego maduro e capacidade de resolução);
- 2) Cooperação (associada à empatia e compaixão);
- 3) Autotranscendência (intuição, busca espiritual).

Os estudos têm observado que o caráter é capaz de influenciar a expressão das características do temperamento (Cloninger et al., 1993, 1997).

Segundo Cloninger (2003), a personalidade é avaliada a partir das diferenças individuais, sendo categorizada em tipos ou traços. Os tipos são derivações de abordagens tradicionais, que propunham amplas categorias da personalidade, que agrupavam indivíduos com características similares.

Os traços podem ser medidos quantitativamente, a medida em que as características distinguem um indivíduo de outro e permitem uma descrição mais precisa da personalidade porque cada traço refere-se a um conjunto mais focalizado de características. O facto de os traços poderem ser atribuídos a uma pessoa em vários graus também torna este conceito mais preciso do que os tipos. O psicobiológico dimensional da personalidade explica tanto a variação normal quanto a anormal nos dois componentes principais da personalidade, temperamento e caráter (Cloninger, 2003).

### **1.1.2. Inventário de Temperamento e Caráter Revisto (TCI-R)**

Para avaliar as sete dimensões básicas da personalidade foi construído um questionário dimensional de autoadministração, intitulado de Inventário de Temperamento e Caráter (TCI) (Cloninger, 2003).

O TCI foi construído com o forte apoio teórico e empírico de modelos psicobiológicos desenvolvidos anteriormente, superando algumas de suas limitações para uso clínico. Este modelo de personalidade viabiliza o fornecimento de uma visão alargada da personalidade humana em vários níveis de análise: genética da personalidade, fundamentos neurobiológicos do comportamento, estrutura emocional cognitiva, desenvolvimento da personalidade, correlatos comportamentais das diferenças individuais nas dimensões da personalidade e as interações destas dimensões com os fatores desenvolvimentais em relação à vulnerabilidade e aos transtornos mentais (Kose, 2003). Foi desenvolvido para uso clínico e de investigação e abarca quatro dimensões de temperamento e três dimensões de caráter. (Cloninger et al., 1993).

Este instrumento foi traduzido e validado para vários idiomas. Os estudos de fiabilidade e validação, mostraram propriedades psicométricas sólidas como na versão original, sendo muito útil na avaliação de distúrbios de personalidade. Para isto, conta com as escalas de caráter que foram desenvolvidas para identificar se uma pessoa tem algum distúrbio de personalidade, e com as escalas de temperamento que permitem o diagnóstico diferencial de subtipos categóricos de transtornos de personalidade (Kose, 2003).

Através do TCI-R é possível identificar a psicopatologia comórbida, uma vez que as diferenças clínicas entre e dentro de diferentes tipos de síndromes psicopatológicas (por exemplo, ansiedade, humor, alimentação, transtornos de abuso de substâncias) estão relacionadas a diferenças nos perfis do TCI (Kose, 2003).

## **1.2. Autotranscendência**

A autotranscendência é uma dimensão da personalidade e faz parte de um conjunto de fatores que predizem a saúde mental positiva e o bem-estar subjetivo (Moreira, et al., 2015).

A autotranscendência descreve algumas características relatadas por místicos e pessoas “autorrealizadas”, fundamentada na Psicologia Humanista, Transpessoal e Integral de Ken

Wilber (Cloninger et al., 1993), estando relacionada à aceitação espiritual ou à apreensão de relações que não podem ser explicadas analiticamente ou demonstradas a outras pessoas pela observação objetiva (Cloninger et al., 1993). Pode ser relacionada com a religião ou crenças, sendo algo que proporciona ou desenvolve valores pessoais que os levarão a desenvolver sentido e significado, sobre o ser humano e a sua relação com tudo o que o rodeia (Weaver, Flannelly, Garbarino, & Flannelly, 2003).

Segundo Cloninger et al., (1993), a autotranscendência é um traço de ordem superior multifacetado com aspetos ou características de ordem inferior. A primeira faceta é uma contraposição entre a Abstração vs. Autoconsciência, ou seja, as pessoas com maior pontuação nessa subescala tendem a ultrapassar limites pessoais, quando estão envolvidos de forma profunda em uma relação ou quando estão concentrados em alguma tarefa. Mostrando, dessa forma, facilidade de se envolverem de tal maneira no que estão a fazer que tendem a esquecer onde estão ou a perderem a “noção do tempo”. São muitas vezes reconhecidas como pessoas “distraídas” ou que vivem em “outro mundo” (Kose, 2003), sendo ainda reconhecidas como pessoas criativas e originais (Cloninger et al., 1993, 1994).

Por seu turno, a segunda faceta é a Identificação transpessoal vs. Identificação pessoal. As pessoas com altas pontuações nessa subescala tendem a experimentar uma ligação muito forte com a natureza e o universo como um todo, expressam um sentimento de que tudo parece estar interligado, disponibilizando-se sempre a fazer sacrifícios pessoais para tornar o mundo um lugar melhor, podendo ser considerados idealistas de pensamento difuso por algumas pessoas (Cloninger et al., 1993). A baixa pontuação na subescala de identificação transpessoal revela pessoas individualistas e que raramente estão dispostas a fazer sacrifícios por alguma coisa, a menos que possam documentar objetivamente alguma vantagem prática (Cloninger et al., 1993, 1994).



A terceira faceta é a Espiritualidade vs. Materialismo racional. As pessoas com alta pontuação nesta subescala revelam com frequência a crença em milagres, experiências extrassensoriais e outros fenômenos de influências espirituais. Elas podem ser revigoradas e confortadas por experiências espirituais, tendo maior facilidade em lidar com o sofrimento e até mesmo com a morte através da fé que elas têm e que podem envolver a comunhão com Deus (Cloninger et al., 1993, 1994).

Em contrapartida, as baixas pontuações nestas subescalas, remetem para indivíduos que aceitam apenas o materialismo e o empirismo objetivo, aceitando apenas coisas que podem ser explicadas pela ciência e controladas por eles, tendo dificuldade em enfrentar situações sobre as quais não há controle ou formas de as avaliar através de termos objetivos racionais, como quando confrontadas com mortes inevitáveis, sofrimento ou punições injustas (Cloninger et al. 1993, 1994).

Indivíduos autotranscendentes são descritos como pessoas descontraídos, satisfeitos, pacientes, criativos, altruístas e espirituais (Cloninger et al. 1993). Estudos revelam que nas sociedades orientais, estes indivíduos, são reconhecidos como pessoas de muita sabedoria e entendimento, que revelam humildade e modéstia, tendo facilidade em aceitar o fracasso, mesmo que tenham colocado os seus melhores esforços, mostrando-se gratos tanto por seus fracassos como por seus sucessos. Em contrapartida, são frequentemente admirados nas sociedades ocidentais pelo seu sucesso racional, científico e materialista (Kose, 2003), tendo alguma dificuldade em aceitar o sofrimento e a morte, o que leva a problemas no ajustamento com o avanço da idade (Cloninger et al., 1993).

Segundo Reed (1987), a espiritualidade remete-nos para as visões pessoais e comportamentos que expressam um senso de relação com a dimensão transcendental ou algo maior que o *self*. Koenig (2009) refere que a espiritualidade é vista como algo pessoal e que

vai além de práticas e rituais sagrados, sem regras e sem filiação a qualquer religião, o autor diz que todas as pessoas são espirituais, reconhecendo ou não e tendo ou não uma religião.

Em suma, pessoas Autotranscendentes são capazes de se esquecer de si mesmas, identificando-se com o universo como um todo e aceitando a existência de relações que estão além do pensamento analítico e dedutivo, aceitação espiritual (Cloninger et al., 1993). Grande parte dos estudos feitos por Cloninger, explicam, descrevem e mensuram a autotranscendência, também entendida como “autoconsciência” (*self-aware consciousness*). Para o autor, esta dimensão estaria ligada à memória episódica, portanto à capacidade de “se conhecer a si mesmo” (Cloninger, 2004).

### **1.3. Bem-estar subjetivo**

A avaliação de uma pessoa sobre a sua vida é calculada pelas reações cognitivas e emocionais (Diener & Biswas-Diener, 2000).

Segundo Lyubomirsky (2001), o que difere pessoas felizes de infelizes são as estratégias emocionais e cognitivas usadas de forma inconsciente e automática pelos indivíduos. Esta felicidade ou bem-estar foram associados a algumas variáveis demográficas isoladas, como, por exemplo, nível socioeconômico, estado civil, escolaridade, estado de saúde, atratividade, etc. Nesta perspectiva, o indivíduo feliz seria um jovem rico, saudável, bem-educado, casado e de boa aparência.

Contudo, numa revisão sobre o bem-estar subjetivo, Diener, Suh, Lucas e Smith, (1999), afirmaram que este conjunto de variáveis (demográficas e sociodemográficas) explicavam pouco o bem-estar subjetivo.

Segundo Cloninger (2004), o ser humano tem necessidade de se sentir feliz, de compreender aquilo que se passa à sua volta e de se sentir amado.

Demócrito, acreditava que a vida feliz era agradável não só devido à felicidade do sujeito, mas também devido ao modo como este reagia perante diferentes acontecimentos e

circunstâncias na sua vida, sendo assim um dos primeiros a dar ênfase à ideia de subjetividade da felicidade (Ryan & Deci, 2001).

Controvérsias relativamente ao bem-estar, iniciaram duas correntes de pensamento distintas, que procuraram explicar a melhor forma de alcançar a felicidade, sendo elas as abordagens *hedonista* e *eudemonista* (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Keyes, 1995; Watterman, 1993).

A perspectiva *hedonista* vem sustentar que uma pessoa feliz experiencia e procura continuamente atividades prazerosas, evitando, a todo o custo, o sofrimento e a dor (Giacomoni, 2004), ou seja, as pessoas procuram experimentar ao máximo momentos de prazer, sendo, a felicidade a soma de todos esses momentos e emoções agradáveis (Galinha, 2008; Peterson, Park & Seligman, 2005; Ryan & Deci, 2001).

Apesar de inicialmente predominar a corrente *hedónica* no estudo da felicidade, existiram várias discussões acerca da felicidade numa perspectiva *eudemonista*. O *eudemonismo* centra-se primordialmente no funcionamento psicológico positivo, nos valores humanistas e existenciais, sendo que o indivíduo procura, ao longo da sua vida, atingir a autorrealização e o desenvolvimento pessoal, procurando viver uma vida com significado (Freire, Zenhas, Tavares & Iglésias, 2013).

Assim, a pessoa envolve-se subjetivamente em direção à autorrealização para, deste modo, pôr em prática as suas potencialidades, conferindo assim, um propósito à sua vida (Fave, Wissing, Brdar, Vella-Broderick & Freire, 2011; Waterman, Schwartz & Conti, 2008).

Numa ótica *eudemonista*, a felicidade é alcançada através da identificação das virtudes e consiste na concretização das potencialidades, competências e aptidões de uma pessoa. Isto é, em fazer o que vale a pena fazer, pelo seu valor e não pelo prazer que proporciona, procurando sempre que o indivíduo utilize as suas capacidades cognitivas para atingir a perfeição e a realização pessoal (Deci & Ryan, 2008; Novo, 2003; Ryan & Deci, 2001). Logo,

esta perspectiva está relacionada com o bem-estar psicológico, focalizando o bem-estar em dimensões positivas do funcionamento do indivíduo (Novo, 2003).

Para Wattermann (1993), existem discordâncias entre as duas concepções, uma vez que o *eudemonismo* considera o bem-estar mais do que felicidade, referindo que, nem toda a realização dos desejos por parte do indivíduo deriva do bem-estar, sendo assim o *eudemonismo* uma condição suficiente, mas não necessária para a felicidade *hedonista*.

Diante das evidências da investigação, a melhor forma de conceber a felicidade e de definir o bem-estar, é enquanto constructo multidimensional, incluindo aspetos das duas perspectivas *hedonista* e *eudemonista* (Galinha, 2008; Ryan & Deci, 2001).

Segundo Dinner (2000), o bem-estar subjetivo deveria ser estudado a partir de duas componentes fundamentais, sendo elas cognitivas e afetivas, ou seja, a componente cognitiva caracteriza-se pela percepção que o sujeito possui de sua satisfação com a vida de forma global considerando a satisfação com o presente, passado e futuro. Por outro lado, a componente afetiva constitui-se das experiências dos sujeitos e do resultado de seu humor e emoções, razão para o bem-estar subjetivo ser um traço estável ao longo do tempo e estar intimamente relacionado com a personalidade.

O Afeto Positivo diz respeito à frequência de emoções e sentimentos positivos como a alegria, o orgulho, o carinho, o amor, entre outros. Por sua vez, o Afeto Negativo refere-se à frequência de emoções e sentimentos negativos como a tristeza, culpa, a vergonha, a irritabilidade, a raiva, entre outros (Diener, Suh & Oishi, 1997; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Noutros estudos sobre o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, o principal indicador de bem-estar emocional/afetivo, não está associado exclusivamente à presença de afetos positivos, mas sim à presença continuada desses mesmos afetos (afetos positivos) em detrimento dos afetos negativos, sendo que, muitas vezes aponta-se que, uma pessoa com elevado sentimento

de bem-estar, experiencia maioritariamente emoções positivas do que emoções negativas (Siqueira & Padovam, 2008).

Em suma, as pessoas que apresentam um bem-estar positivo, experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

No entanto, o bem-estar subjetivo pode ser definido como um modelo tripartido, que engloba três componentes interrelacionados, que formam um constructo global: Afeto Positivo, Afeto Negativo e Satisfação com a Vida (Diener, Suh & Oishi, 1997).

O Bem-estar subjetivo é decorrente da avaliação que o indivíduo faz relativamente à sua vida tendo em conta aquilo que ele pensa sobre a sua própria vida, sobre a qualidade das suas experiências (Arita, Romano, Garcia & Félix, 2005), assim como as necessidades pessoais (Galinha, 2008), procurando preferencialmente experiências de prazer, centrando-se essencialmente na vivência de sentimentos prazerosos e na ausência de sofrimento, assim como na procura entre um equilíbrio de sentimentos, ou seja, um equilíbrio entre o Afeto Positivo e o Afeto Negativo (Diener, 2000; Diener, Suh & Oishi, 1997; Galinha, 2008).

Neste sentido deve-se considerar três aspetos essenciais quando se refere ao BES:

- a) A felicidade, avaliada pela perspectiva do próprio sujeito, pelas suas experiências pessoais e aspetos particulares, tratando-se assim de uma avaliação subjetiva (Giacomoni, 2004).
- b) A afetividade positiva e a afetividade negativa, embora estejam relacionadas, são independentes, podendo ser possível coexistirem as duas ao mesmo tempo, sendo que, uma delas é sempre dominante (Giacomoni, 2004).
- c) Por último, o Bem-Estar Subjetivo consiste numa avaliação global da vida, não estando apenas orientada para um momento ou situação particular da vida (Diener, 1984; Diener *et al*, 2003; Giacomoni, 2004).

O Bem-Estar Subjetivo pode caracterizar-se por um conjunto de respostas emocionais, justificações de atribuições e avaliações gerais de satisfação com a vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Cada um destes constructos deve ser entendido em separado, apesar de ambas se correlacionarem (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

O bem-estar subjetivo não se refere apenas à ausência de doença física ou mental, envolve sim uma percepção de bem-estar holístico (físico, psíquico, social, emocional e espiritual), não implicando apenas ausência de doença (Galinha & Ribeiro, 2005).

#### **1.4. Sintomatologia depressiva**

O termo depressão tem sido alvo de diferentes concetualizações no que respeita à sua origem e respetivas causas, sendo utilizada comumente na linguagem do senso comum (Del Porto, 1999).

No estudo feito por Carvalho (2017), constatou-se que 4,4% da população mundial está diagnosticada com perturbação depressiva, sendo que a prevalência da mesma se incide sobre o sexo feminino, atingindo a mesma um pico na idade adulta mais avançada.

De acordo com o DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2014), a Depressão tem algumas características específicas, tais como, humor deprimido, acentuada diminuição de prazer ou interesse por atividades que antes eram prazerosas; fadiga e perda de energia; pensamentos de morte recorrentes; sentir-se tenso; sentir-se inquieto; dificuldade de concentração devido a preocupações; medo que algo terrível aconteça; sensação de que pode perder o controle sobre si mesmo, entre outras.

As perturbações depressivas incluem duas subcategorias principais, nomeadamente a perturbação depressiva major e a perturbação depressiva persistente (APA, 2014).

Esta perturbação inclui fatores biológicos, genéticos e psicossociais, sendo que a genética é um fator predominante no desenvolvimento da mesma (Berlim & Fleck, 2001).

De acordo com a teoria da personalidade de Cloninger, todos os aspetos da personalidade interagem-se para influenciar a suscetibilidade à depressão. A previsão de que os indivíduos com transtornos de personalidade ou baixa autorregulação devem ter distúrbios frequentes de distímia e depressão, foi confirmada e replicada na população clínica e estudantil (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993).

A classificação dos transtornos de personalidade que utilizam o TCI indica que a presença de uma perturbação de personalidade é provável se uma pessoa pontua baixo tanto em autodiretividade como em cooperação e alto em autotranscendência (Cloninger et al. 1993).

### **1.5. Objetivo, Hipóteses e Questão de Investigação**

Estudos feitos com população adulta, descrevem que as influências da personalidade no bem-estar são melhor descritas através de associações não lineares e combinações entre diferentes dimensões de temperamento e carácter ao invés de associações lineares apenas (Cloninger, 2011). Neste sentido, suscitou o interesse em avaliar a relação entre a autotranscendência e bem-estar subjetivo em indivíduos diagnosticados com sintomatologia depressiva, especificamente por observar o contraste das características clínicas encontradas nos indivíduos depressivos, relativamente às características do indivíduo com sentimento de bem-estar e autotranscendência.

A questão de investigação principal foi compreender a relação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo em pessoas com sintomatologia depressiva. Foram então elaboradas as seguintes hipóteses:

H<sub>1</sub>: existe relação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo em indivíduos com sintomatologia depressiva;

H<sub>2</sub>: existem diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do género;

H<sub>3</sub>: existem diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do estado civil.



## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo empírico quantitativo, *ex post facto* prospetivo, dado ao facto de a variável independente não poder ser manipulada (Montero & Leon, 2007). É um estudo com design correlacional pelo facto de o objetivo ser avaliar a relação, associação entre variáveis dependentes (Martins, 2011). As variáveis dependentes são a autotranscendência e o bem-estar subjetivo e a variável independente é a sintomatologia depressiva.

### 2.1. Participantes

O estudo foi realizado a partir de uma amostra não probabilística (Almeida & Freire, 2008).

Como critérios de inclusão foram considerados, idade igual ou superior a 18 anos, serem utentes de dois hospitais psiquiátricos do Norte de Portugal e com sintomatologia depressiva. Para os critérios de exclusão, são os indivíduos com idade inferior a 18 anos.

Participaram 86 sujeitos, 28 (24%) do sexo masculino e 58 (68%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 67 anos. Relativamente ao estado civil, 20 indivíduos (24%) são solteiros; 49 indivíduos (60%) são casados e 13 indivíduos (16%) são divorciados.

Tabela 1

*Análise descritiva: género e estado civil.*

	N	%
<b>Género</b>		
Masculino	28	32
Feminino	58	68
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	20	24
Casado	49	60
Divorciado	13	16

## **2.2. Instrumentos de Avaliação**

### **2.2.1. Questionário sociodemográfico.**

O questionário sociodemográfico foi utilizado com o intuito de recolher as informações acerca dos indivíduos e das suas condições de vida. É constituído por itens referentes a idade, nacionalidade, género, nível de escolaridade, profissão, estado civil, composição do agregado familiar e nível socioeconómico. Para este estudo utilizamos apenas os dados referentes ao estado civil e sexo. Todas as questões são de resposta curta e/ou de escolha múltipla.

### **2.2.2. Entrevista clínica estruturada para as perturbações do DSM-5 (SCID-5).**

A Entrevista Clínica Estruturada para as perturbações do DSM-5 (SCID-5), foi utilizada para confirmar o diagnóstico da sintomatologia depressiva nos indivíduos. É um guião de entrevista que apenas pode ser aplicado por um clínico ou por um profissional na área de saúde mental, que se encontre familiarizado com os critérios de diagnóstico e classificação do DSM-5.

Neste estudo foi utilizada a versão de pesquisa da SCID (SCID-5-RV) que inclui todos os subtítulos e especificadores do curso e da gravidade das perturbações mentais contidas no DSM-5. Esta pode ser ajustada para satisfazer os requisitos do estudo em questão a fim de facilitar a concretização do mesmo (First, Williams, Karg, & Spitzer, 2016).

### **2.2.3. Inventário de temperamento e carácter - revisto (TCI-R).**

Este instrumento, Inventário de Temperamento e Carácter – Revisto (TCI-R), foi desenvolvido por Cloninger em 1999 e avalia os domínios do Temperamento (Procura de Novidade, evitamento do Perigo, Dependência da Recompensa e Persistência) e Carácter (Determinação, Cooperação e Persistência) (Hansenne, 2003).

Este instrumento contém 240 itens, com respostas tipo *likert*, com cinco níveis:

- 1- Completamente falso – se a afirmação for completamente falsa ou se discordar completamente da mesma;
- 2- Maioritariamente falso, se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar da mesma;
- 3- Nem verdadeiro, nem falsa – se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, se o sujeito não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra;
- 4- Maioritariamente verdadeiro – se a afirmação for na maior parte das vezes verdadeira ou se concorda com ela;
- 5- Verdadeiro – se a afirmação for definitivamente verdadeira, ou se concorda definitivamente com ela.

Das 240 questões, 51 são itens novos, sendo que 5 deles são itens de validação; as restantes 189 questões são retiradas da primeira versão do TCI, também desenvolvido por Cloninger em 1993 (Hansenne, 2003).

De forma mais detalhada, para avaliar o Temperamento, existem 133 questões (35 para a dimensão “Procura de Novidade”, 33 para “Evitamento de Perigo”, 30 para a “Dependência de recompensa” e 35 para a “Persistência”) e 102 questões para avaliar o Caráter (40 para a dimensão “Autodiretividade”, 36 para “Cooperação” e 26 para “Autotranscendência”).

A adaptação para a população portuguesa feita por Moreira et al. (2017), apresenta uma estrutura fatorial consistente com a americana. As características psicométricas da versão portuguesa revelam altos níveis de consistência em todas as dimensões com valores superiores a 90% relativamente à versão original, exceto nas subdimensões, excitabilidade exploratória e autoaceitação. Para as dimensões do Temperamento, os coeficientes de congruência são de .97 para evitamento do perigo; .98 para dependência de recompensa;

.88 para procura de novidade e para o caráter os coeficientes são, .99 para cooperação; .96 para autodiretividade e .97 para autotranscendência (Moreira et al. 2017).

A consistência interna do instrumento, para a população portuguesa, foi avaliada através do teste *Ômega de McDonald's*, obtendo resultados para as dimensões que variam entre, .78 para procura de novidade e .88 para evitamento do perigo e cooperação; e, para as subdimensões da autotranscendência, os resultados variam entre, .47 para altruísmo e .88 para compaixão. Estes dados confirmam que esta versão do instrumento TCI-R é adequada à população portuguesa (Moreira et al., 2017).

#### **2.2.4. Positive and negative affect scale (PANAS).**

O bem-estar subjetivo foi avaliado através da versão portuguesa do *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS), que foi desenvolvido para que fosse possível ter uma medida breve, fácil de administrar e válida para avaliar o afeto positivo e negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Na versão portuguesa foi necessário respeitar as características particulares do conceito de afeto, valorizando mais às diferenças linguísticas, culturais, e contextuais do que a generalidade dos constructos psicológicos (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Esta versão portuguesa do PANAS consiste em 20 questões que correspondem a estados emocionais, com duas subescalas, tendo assim, 10 itens relacionados ao afeto positivo e os outros 10 ao afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Watson et al., 1988).

Estes 20 itens devem ser respondidos, através de uma escala tipo *Likert*, com 5 níveis, em que 1 ponto equivale a “muito pouco ou nada” e 5 equivale a “muitíssimo”. A pontuação mais alta de cada item do afeto positivo reflete uma pessoa integrada e entusiasmada com sua vida, alerta, cheia de energia e concentração, enquanto um resultado menor na afetividade positiva reflete um indivíduo que vivencia estados de tristeza e de apatia.

A versão portuguesa do *PANAS* indica uma consistência interna adequada de  $\alpha = 0.86$  para a escala de afeto positivo e de  $\alpha = 0.89$  para a escala de afeto negativo. Em semelhança à escala original, a correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo situou-se perto do zero ( $r = -0.10$ ), determinando a ortogonalidade entre as subescalas de afeto positivo e negativo (Galinnha & Pais-Ribeiro, 2005).

O cálculo desta escala depende do somatório de cada subescala, subtraindo-se a escala de afetos negativos à escala de afetos positivos, obtendo-se, desta forma, o balanço afetivo. O balanço afetivo pode apresentar valores negativos ou positivos, refletindo respetivamente a presença ou a ausência do BES (Galinnha & Pais-Ribeiro, 2005).

#### **2.2.5. World health organization quality of Life (WHOQOL-Brief).**

Este instrumento é um questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este instrumento está validado para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (2006).

O *World Health Organization Quality of life (WHOQOL-Bref)* é um instrumento composto por 26 perguntas, sendo duas de abrangência mais gerais, relativas à perceção geral de qualidade de vida e à perceção de saúde; e as restantes vinte e quatro, representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Neste sentido enquanto na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, cada uma das facetas é examinada por 4 perguntas, no WHOQOL-Bref cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Desta forma, a versão portuguesa conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 (original) e mantém a essência subjetiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida (Serra, Canavarro & Simões, 2006).

Como referido por Serra e colaboradores (2006) o instrumento avalia a qualidade de vida em todos os seus domínios. Esta escala está dividida em dimensões e permite avaliar a

qualidade de vida geral e a satisfação concernente à saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente.

As questões são relativas às duas últimas semanas vivida pelos utentes e as respostas são dadas em escalas tipo *Likert*, com cinco opções que podem ser traduzidas em valores de 1 a 5. Estas escalas correspondem a quatro dimensões de avaliação (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Os resultados obtidos através da soma dos valores brutos das diversas questões à exceção das questões 3, 4 e 26, que apresentam valores invertidos. A leitura dos resultados como indicadores de uma boa qualidade de vida depende do valor (oscila entre 26 e 130 pontos), sendo que quanto mais elevados os *scores* obtidos, melhor será a qualidade de vida (Serra, et al., 2006).

Os estudos de fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise da consistência interna do WHOQOL-Bref. Foram calculados coeficientes de fidelidade para o conjunto dos quatro domínios, para os vários domínios individualmente considerados e para os 26 itens do WHOQOL-Bref. Os valores de Alpha de Cronbach para o domínio Físico é de alpha .87; para o domínio Psicológico é alpha .84; para o domínio das Relações Sociais é de alpha .64; e para o domínio Ambiente é de alpha .78.

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Recolha de dados.**

Este estudo, foi submetido à comissão ética, considerando os pressupostos éticos inerentes à prática de investigação de acordo com o código ético deontológico, em específico da investigação em psicologia clínica (Ordem dos Psicólogos Portugueses – OPP, 2011). Durante todo o processo da recolha de dados priorizou-se sempre o respeito, salvaguardando a integridade física e psicológica dos participantes.

Para a recolha dos dados foi necessário obter autorização e confirmação por parte do Ministério da Saúde. Após a aprovação, procedeu-se a elaboração do consentimento informado e posterior recolha dos dados de forma presencial, junto aos indivíduos utentes dos hospitais psiquiátricos do Norte de Portugal, que se disponibilizaram a participarem no estudo.

O período de recolha deu-se entre outubro de 2018 e maio de 2019. Todos os participantes tiveram acesso à leitura do consentimento informado antes do preenchimento de qualquer questionário, tendo sido explicado a cada um a natureza e objetivos da investigação, bem como, tendo sido disponibilizado espaço para retirada de dúvidas sobre qualquer questão.

Questões como, anonimato, confidencialidade dos dados e participação voluntária, foram priorizados aos participantes. Todos os dados recolhidos foram de uso exclusivo da investigação e a qualquer momento os participantes poderiam desistir da mesma. Os questionários foram administrados individualmente, em uma sala disponibilizada pelos hospitais, com todas as condições necessárias.

### **2.3.2. Análise de dados.**

Os dados recolhidos foram tratados e analisados através do software *Statistical Package for Social Sciences – (SPSS) versão 23*.

Foram utilizados inicialmente os testes descritivos com o objetivo de caracterizar a população alvo de forma simples e sintética.

Na intenção de responder à questão de investigação, procedeu-se à estatística inferencial que nos permite concluir se as associações ou diferenças encontradas na amostra estão presentes na população-alvo (Marins, 2011).

Para a análise dos dados recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, pelo facto de nem todas as variáveis cumprirem com os requisitos de normalidade e homogeneidade das variâncias.

Por este motivo, para avaliar se havia correlação entre as variáveis, recorreu-se a um teste de associação não paramétrico, mais concretamente o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Pelo facto de as variáveis em estudo serem intervalares e estarem cumpridos os pressupostos de normalidade da distribuição e a homogeneidade das variâncias, utilizou-se o Teste *t* para Amostras Independentes, para averiguar as diferenças na autotranscendência, bem-estar subjetivo e sintomatologia depressiva em função do sexo dos participantes.

Para averiguar as diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do estado civil (solteiro, casado e divorciado) utilizou-se a ANOVA Unifatorial.



### 3. Resultados

De acordo com o objetivo deste estudo cuja intenção é avaliar a relação existente entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo nos indivíduos com sintomatologia depressiva, os resultados serão apresentados em função das hipóteses formuladas.

Inicialmente realizou-se a análise exploratória dos dados através do cálculo da normalidade da distribuição da amostra e da homogeneidade das variâncias, que permitiu a escolha dos testes estatísticos.

Relativamente à normalidade da distribuição da amostra, verificou-se que para as variáveis autotranscendência e bem-estar subjetivo, esta foi cumprida, uma vez que o nível de significância obtido através do teste *Kolmogorov-Smirnov* foi superior a .05 ( $p = .20$  para a autotranscendência e  $p = .20$  para o bem-estar subjetivo). O mesmo já não se verificou para a sintomatologia depressiva, cujo valor de  $p$  encontrado, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, foi de .00. Assim, não se verificou a normalidade da distribuição da amostra para esta variável.

Para avaliar as diferenças em função do sexo e do estado civil procedeu-se também ao teste da Homogeneidade das variâncias, cujos valores de  $p$  foram todos acima de .05 ( $p = .36$  para a autotranscendência,  $p = .10$  para a sintomatologia depressiva, e  $p = .76$  para o bem-estar subjetivo, o que significa que a homogeneidade das variâncias está cumprida.

Após a verificação da normalidade da distribuição e da homogeneidade das variâncias procedeu-se ao Coeficiente de Correlação de *Spearman* para avaliar a hipótese 1; para a hipótese 2 optou-se pelo teste  $t$  para amostras independentes, uma vez que o teste de Mann-Whitney apresentava valores semelhantes ao teste paramétrico e este último ser mais robusto; e para a hipótese três recorreu-se ao teste ANOVA Unifatorial.

### **H<sub>1</sub>) existe relação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo em indivíduos com sintomatologia depressiva**

O teste de correlação de *Speraman* (tabela 2) permitiu verificar que não existe correlação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo ( $r_s = .19$ ;  $p = .07$ ) e entre a autotranscendência e a sintomatologia depressiva ( $r_s = -.15$ ;  $p = .17$ ).

No entanto, foi possível constatar que o bem-estar subjetivo apresenta uma correlação significativa negativa com a sintomatologia depressiva ( $r_s = -.66$ ;  $p < .00$ ).

Tabela 2

*Correlação de Spearman entre as variáveis Autotranscendência, Bem-estar subjetivo e Sintomatologia Depressiva.*

	Autotranscendência	Bem-estar Subjetivo	Sintomatologia Depressiva
Autotranscendência	-	.19	-.15
Bem-estar subjetivo		-	-.66***
Sintomatologia Depressiva			-

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ;  $p < .001$

### **H<sub>2</sub>) existem diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do gênero**

O teste *t* para amostras independentes permitiu verificar que existem diferenças significativas ao nível do bem-estar subjetivo em função do sexo ( $t(84) = 2.00$ ;  $p = .05$ ). Os homens têm maior bem-estar subjetivo ( $M = 1.93$ ,  $DP = .78$ ), quando comparados com as mulheres ( $M = 1.59$ ,  $DP = .72$ ).

No entanto, verificou-se que não existem diferenças significativas, em função do sexo, ao nível das variáveis: autotranscendência,  $t(84) = .344$ ;  $p = .73$ , e sintomatologia depressiva,  $t(84) = -1.73$ ;  $p = .09$ . A tabela 3 apresenta uma síntese dos resultados obtidos.

Tabela 3

*Teste de diferenças em função do sexo*

	<b>Masculino</b> (n=28)	<b>Feminino</b> (n=58)			
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Autotranscendência	3.21 (.43)	3.17 (.56)	.344	84	.73
Bem-estar subjetivo	1.93 (.78)	1.59 (.72)	2.00	84	.05
Sintomatologia Depressiva	1.56 (.75)	1.87 (.78)	-1.73	84	.09

**H<sub>3</sub>) existem diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do estado civil**

Os resultados obtidos através da ANOVA Unifatorial mostraram não existir diferenças ao nível da autotranscendência, ( $F(2,79) = 1.21, p = .30$ ), do bem-estar Subjetivo, ( $F(2,79) = 2.13, p = .13$ ), e da sintomatologia depressiva, ( $F(2,79) = 1.85; p = .17$ ) em função do estado civil (tabela 4).

Tabela 4

*Diferenças de Médias com teste ANOVA entre as variáveis Autotranscendência, Bem-estar subjetivo e Sintomatologia depressiva quantos aos grupos do Estado Civil.*

	Solteiros (n = 20)	Casados (n = 49)	Divorciados (n = 13)	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>			
Autotranscendência	3.04 (.61)	3.19 (.52)	3.33 (.35)	2,79	1.21	.30
Bem-estar Subjetivo	1.77 (.73)	1.77 (.76)	1.31 (.68)	2,79	2.13	.13
Sintomatologia Depressiva	1.59 (.88)	1.77 (.78)	2.12 (.51)	2,79	1.85	.17

#### 4. Discussão dos resultados

De acordo com o objetivo deste estudo cuja intenção é avaliar a relação existente entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo nos indivíduos com sintomatologia depressiva, a discussão dos resultados será apresentada em função das hipóteses formuladas.

##### **H1) Existe relação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo em indivíduos com sintomatologia depressiva**

Os resultados obtidos através do teste de correlação de *Spearman* permitiram constatar que o bem-estar subjetivo apresenta uma correlação significativa negativa com a sintomatologia depressiva. No entanto, foi possível verificar que não existe correlação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo, e, entre a autotranscendência e a sintomatologia depressiva.

Esta correlação negativa entre o bem-estar subjetivo e a sintomatologia depressiva, vai ao encontro da literatura existente, uma vez que o bem-estar subjetivo decorre da avaliação que o indivíduo faz relativamente à sua vida, o que pensa sobre ela e sobre a qualidade das suas experiências (Arita, Romano, Garcia, & Félix, 2005), bem como as necessidades pessoais (Galinha, 2008), procurando preferencialmente experiências de prazer, que se centram essencialmente na vivência de sentimentos prazerosos e na ausência de sofrimento, assim como na procura entre um equilíbrio de sentimentos (Diener, 2000; Diener, Suh, & Oishi, 1997; Galinha, 2008).

Por outro lado, a sintomatologia depressiva caracteriza-se por humor deprimido, acentuada diminuição de prazer ou interesse por atividades, fadiga e perda de energia, pensamentos de morte recorrentes, tensão, inquietação, sensação de perda de controlo sobre si mesmo, entre outras (American Psychological Association [APA], 2014). Desta forma, em

indivíduos com sintomatologia depressiva, a percepção do bem-estar subjetivo está diminuída, já que os sintomas depressivos não se coadunam com sensações de bem-estar e prazer.

Entretanto, a não existência de correlação entre a autotranscendência e o bem-estar subjetivo, e, entre a autotranscendência e a sintomatologia depressiva, são incongruentes com os resultados observados em outros estudos. Num estudo sobre espiritualidade e bem-estar, demonstrou-se que as atividades religiosas e espiritualidade se relacionavam com o bem-estar e concluiu-se ainda que o bem-estar espiritual e a oração contribuíam para a previsão de bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, sintomas físicos e depressão, mesmo quando as contribuições da idade, género, comportamentos saudáveis e apoio social eram incluídas (Ketheleen & Jeff, 2009).

A autotranscendência é a dimensão do carácter que mais tem apresentado resultados controversos em estudos que investigam as relações entre personalidade e perturbações mentais (Alminhana et al., 2017). Hori e colaboradores (2008) encontraram associações entre esquizofrenia e altos níveis de autotranscendência, sugerindo que esta dimensão da personalidade estaria substancialmente relacionada com a gravidade dos sintomas da doença. A autotranscendência envolve a abstração, identificação transpessoal e a espiritualidade, e foi especificamente relacionada com as capacidades de ajustamento, satisfação pessoal e ir além da autocentração e do pensamento analítico (Cloninger et al., 1993). Além disso, esta dimensão do carácter pode funcionar, em alguns casos, como uma estratégia de proteção ou *coping* para as pessoas deprimidas, podendo estas, refugiarem-se na oração, na fé e na confiança depositada num ser divino que as pode auxiliar nas suas necessidades (Josefsson, 2011).

Os resultados encontrados neste estudo relativos à não associação da autotranscendência e o bem-estar subjetivo podem, portanto, dever-se à presença de sintomatologia depressiva nos participantes, que funciona como um fator limitador da percepção de maior bem-estar subjetivo,

pois num estudo feito por Cloninger e Zohar (2011), a autotranscendência estava fortemente associada a emoções positivas (bem-estar).

Por sua vez, a não existência de uma relação entre a autotranscendência com a sintomatologia depressiva pode acontecer pelo facto da grande maioria dos participantes apresentarem níveis de sintomatologia leves a moderados e não sintomatologia grave.

### **H2) Existem diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do género**

Os resultados obtidos através do teste *t* para amostras independentes permitiram verificar que existem diferenças significativas ao nível do bem-estar subjetivo em função do sexo, ou seja, os homens apresentam maior índice de bem-estar subjetivo do que as mulheres. De facto, as mulheres tendem a experienciar mais afeto negativo do que os homens (Lucas & Gohm, 2000; Nolen-Hoeksema, & Rusting, 2003). Contudo, nem sempre os estudos apresentam resultados que apontem no mesmo sentido, uma vez que, por exemplo, Gigantesco, et al., (2019), demonstraram que as mulheres apresentaram maior satisfação com a vida do que os homens. Assim, pode justificar-se o resultado obtido neste estudo com o facto dos participantes reportarem sintomatologia depressiva, o que diminui a perceção do bem-estar subjetivo (Galinha, 2008) e leva os indivíduos a experienciarem mais emoções e afeto negativo (Siqueira & Padovam, 2008).

### **H3) Existem diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar subjetivo e da sintomatologia depressiva em função do estado civil**

Os resultados obtidos através da ANOVA Unifatorial, mostraram não existir diferenças ao nível da autotranscendência, do bem-estar Subjetivo, e da sintomatologia depressiva, em função do estado civil. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Lyubomirsky (2001)

onde explica que, o que difere pessoas felizes de outras infelizes são as estratégias emocionais e cognitivas usadas de forma inconsciente e automática pelos indivíduos não estando o bem-estar associado a questões sociodemográficas isoladas. Desta forma, poderá pensar-se que a autotranscendência, o bem-estar subjetivo e a sintomatologia depressiva podem ser melhor explicadas por outros fatores que não o estado civil.

#### **4.1. Limitações para o estudo**

Este estudo não está ausente de limitações. Um primeiro fator limitante é o tamanho da amostra, sabendo-se que quanto maior a amostra, maior a representação real dos dados e da população (Martins, 2011).

Em segundo lugar, podemos referir a população alvo. Esta amostra foi composta apenas por indivíduos com sintomatologia depressiva com pontuação leve e moderada. Seria interessante em investigações futuras incluir um grupo de controlo e indivíduos que apresentassem maior intensidade da sintomatologia, para relacionar os resultados obtidos entre os grupos. Além disso, os participantes eram na sua maioria mulheres o que limita a homogeneidade da amostra no que respeita ao género dos participantes.

E por fim, um próximo estudo com esta mesma relação poderá incluir a variável religião, para analisar se esta questão cultural estaria a influenciar os resultados.

#### **4.2 Implicações para a prática**

Apesar dos resultados obtidos neste estudo, com base nos estudos anteriores, poder-se-ia sugerir aos profissionais de psicologia que tivessem em consideração questões como a abstração, identificação transpessoal e espiritualidade, como estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos e principalmente pessoas que estão ligadas à religião. Cada vez mais vemos a necessidade que os indivíduos apresentam em se sentirem completos e encontrarem respostas

em questões transcendentais; no entanto ainda é possível perceber uma resistência por parte dos psicólogos quando se refere a experiências poucos explicáveis e subjetivas como a autotranscendência.

### **4.3. Conclusão**

Este estudo cumpriu com o seu objetivo principal de verificar se existe relação entre autotranscendência e bem-estar subjetivo na população com sintomatologia depressiva. E concluiu-se através das análises efetuadas que o bem-estar subjetivo apresenta uma correlação negativa significativa com a sintomatologia depressiva, enquanto que a autotranscendência não apresenta correlação nem com o bem-estar subjetivo, nem com a sintomatologia depressiva, embora estudos anteriores tenham encontrado resultados diferentes.

No que respeita às diferenças nas variáveis em função do género, verificou-se que as mulheres apresentam níveis mais baixos de bem-estar subjetivo quando comparadas com os homens, sugerindo que os indivíduos do sexo feminino podem estar mais vulneráveis às experiências e emoções negativas inerentes à presença de sintomatologia depressiva.

Estudos futuros devem ter em consideração outras variáveis como a espiritualidade e a religião e avaliar o bem-estar subjetivo ao longo do tempo, de forma a avaliar como é que a autotranscendência e a sintomatologia depressiva influenciam a experiência subjetiva do bem-estar.



## Referências Bibliográficas

- Abbing-Karahagopian, V., Huerta, C., Souverein, P. C., Abajo, F., Leufkens, H. M., Slattery, J., & Bruin, M. L. (2014). Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *European journal of clinical pharmacology*, 70(7), 849-857.
- Almeida, L. S. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia Educação* (Vol. 5ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alminhana, L., Tatton-Ramos, T., Nardini-Bubols, M., & Marques, L. (maio/agosto de 2017). Saúde e Doença nas Experiências Religiosas/Espirituais: Integrando Modelos de Wilber e Cloninger. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 22 (2), 351-360.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- APA, A. P. (2013). *Disagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders*. APA.
- Arita, Y., Romano, S., Garcia, N., & Felix, M. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de a calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (1), 93-102.
- Berlim, M., & Fleck, M. (2001). Uma breve história da psiquiatria: do século XVIII a era dos tratamentos moleculares. *Revista Psiquiatria Clínica*, 23(3), 147-158.
- Brandstrom , S., Schlette , P., Przybeck, T., Lundberg , M., Forsgren, T., Sigvardsson, S., . . . Adolfsson , R. (1998). Swedish normative data on personality using the Temperament and Character In- ventory. *Compr Psychiatry*, 39, 122-128.

- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Cenatti, M. J. (2013). *Homem, Ser de Transcendência*. São Paulo: Ixtlan.
- Cloninger, C. (2003). *Completing the psychobiological architecture of human personality development: Temperament, Character & Coherence. Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology*. (U. M. Lindenberg, Ed.) Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Cloninger, C. (2004). *Feeling Good: The Science of well-being*. (U. Press, Ed.) New York, Oxford.
- Cloninger, C. R. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *J.Affect Disord.*, 128, 24-32.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 976-988.
- Cloninger, C., Svrakic, N., & Svrakic, D. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9 (4), 881-906.
- Costa, P., & McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38 (4), 668-678.
- De la Rie, S., Duijsens, I., & Cloninger, C. (1998). Temperament, character, and personality disorders. *J Personal Disord*, 12, 362-372.
- Del Porto, J. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 6-11.
- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol. Bull.*, 124, 197-229.

- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. . *Psychology Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Psychology*, 30 (27), 389-399.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). *New Direction in Subjective Well-being Research: The Cutting Edge. U.S.A.: University of Illinois Pacific University.*
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *54*, 403-425.
- Diener, E., Sush, E., & Oishi, S. (1997.). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology.*, 3, 1-24.
- Diener, E., Sush, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychology Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dinner, E. (2000). Subjective Well-being Research: The science of happiness and a proposal for a national index. . *American Psychologist*, 33-43.
- Fave, A., Wissing, M., Bordar, I., Vella-Bradrick, D., & Freire, T. (2011). The eudaimonic and hedonic components o happiness: qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185-207.
- First, M., Williams, J., Karg, R., & Spitzer, R. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Frankl, V. E. (1990). *Psicoterapia para todos*. Petrópolis, Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Frankl, V. E. (1991). *A Psicoterapia na prática*. Campina, São Paulo, Brasil: Papyrus.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglesias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica.*, 4(31), 329-342.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças.*, 6(2), 203-214.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças.*, 6, 203-210.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Structure and stability of subjective well-being: A structure equation modelling analysis. *Applied Research in Quality of Life.*, 3, 293-314.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica.*, 2 (XXIII), 219-227.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-Estar Subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia.*, 12(1).
- Gigantesco, A., Fagnani, C., Stazi, M., Lucidi, F., Violani, C., & Picardi, A. (14 de junho de 2019). The Relationship Between Satisfaction With Life and Depression Symptoms by Gender. *Frontiers in Psychiatry*. doi:doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00419
- Gutierrez, F., & Torrens, M. (2001). Psychometric properties of Temperament and Character Inventory questionnaire in Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatr Scand*, 103, 143-147.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Heyes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 723-727.
- Hill, P. C. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30 (1), 51-77.
- Hori, H., Nouguchi, H., Hashimoto, R., Nakabayashi, T., Saitoh, O., Murray, R., & ...Kunugi, H. (2008). Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Research*, 160 (2).
- Hutz, C. S. (2001). Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. *Casa do Psicólogo*.

- Josefsson, K. C.-R.-J. (2011). Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a population-based study. *J. Affect. Disord*, *133*, 265-263.
- Ketheleen, L.-R., & Jeff, E. (2009). The Role of Religious Activity and Spirituality in the Health and Weel-being of Older Adults. *Journal of Health Psychology*, *14(1)*, 43-52.
- Kijima, N., Tanaka, E., & Suzuki, N. (2000). Reliability and validity of Japanese version of the Temperament and Character Inventory. *Psychological Reports*, *86*, 1050-1058.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 283-291.
- Kose, S. (2003). *A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI* (Vol. 41). (Y. Symposium, Ed.)
- Lucas, R., & Gohm, C. (2000). Age and sex differences in subjective well-being across cultures. *Culture and Subjective Well-being*, *3 (2)*, 91-317.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivacioal process in well-being. *American Psychology*, *56(3)*, 239-249.
- MacDonalds, D., & Holland, D. (2002). Examination of the psycometric propriets of the temperament and character inventory self-trascendence dimension. . *Personality and Individualo Differences*, *32 (6)*, 1013-1027.
- Machado, C., & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM IPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. (Primeira Edição ed.). Braga, Portugal: Psiquilibrios.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber, Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir*. Braga: Psiquilíbrios.
- McCrae, R. R. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, *54*, 509-516.

- Montero, I., & Leon, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 3, 847-862.
- Moreira, P., Cloninger, C., Dinis, L., Sa, L., Oliveira, J., Dias, A., & Oliveira, J. (07 de Janeiro de 2015). Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-15.
- Moreira, P., Cloninger, C., Rocha, M., Oliveira, J., Ferreira, N., Gonçalves, D., & Rozsa, S. (2017). The Psychometrics of the European Portuguese Version of the Temperament and Character Inventory - Revised. *Psychological Reports*, 0 (0), 1-22.
- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C. (2003). Gender Differences in Well-Being. Em D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz, *Well-being: Foundations of hedonic psychology* (pp. 330-352). New York: Russell Sage Foundation.
- Novo, R. (2003). Para Além da Eudaimonia - O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. . *Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas*.
- Patricio, T., & Pereira, A. (2013). *Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para as ciências sociais e psicológicas*. . Lisboa: Silabo.
- Peteet, J. (2018). A Closer Look at Transcendence and Its Relationship to Mental Health. *Journal of Religion and Health*., 57, 717-724. doi:10.1007/s10943-018-0560-z
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, E. (2005). Orientations to Happiness and Life Satisfaction: The Full Life Versus The Empty Life. *Journal of Happiness Studies*., 6, 25-41.
- Reed, P. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalised patients. . *Research in Nursing & Health*., 9, 35-41.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness And Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 141-166.
- Ryan, R., & Deci, E. (2008). *Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior*. In O. P. John, R. W. Robbins & L. A. Pervin (Eds.). (T. G. Press., Ed.) New York.

- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Serra, A., Canavarro, M., Simoes, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., . . . Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008.). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.*, 24(2), 201-209.
- Svrakic, D., Przybeck, T., & Cloninger, C. (1993). Differential Diagnosis of Personality Disorder by the Seven-factor Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 991-999.
- Waterman, A. S. (2008.). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies.*, 9, 41-79.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1067.
- Wattermann, A. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Weaver, A. J., Flannelly, L. T., Garbarino, J., & Flannelly, K. J. (2003). A Systematic review of research on religion and spirituality in the journal of Traumatic Stress. *Mental Health, Religion & Culture.*, 6, 215-228.

