

Solidão: Um Construto Complexo

Margarida Pocinho, Esmeralda Macedo

TEORIAS DA SOLIDÃO

Reconhecidamente, o sentimento de solidão pode estar presente no ser humano, nas diferentes fases da vida, e tende a ser mais característico nos casos de esvaziamento de relações sociais; a rutura da fundamental relação entre o self e o mundo; e o envelhecimento. O psicanalista Gregory Zilboorg publicou, num artigo do final dos anos 1930, a primeira análise psicológica da solidão. Mesmo Freud apenas tinha referido a questão de forma marginal, não obstante a extensa e antiga reflexão sobre a condição solitária na arte, literatura e filosofia. Assim, Zilboorg distinguiu entre *estar só* e *ser solitário*, definindo a primeira situação como um estado normal e transitório e a segunda como uma experiência esmagadoramente persistente (Zilboorg, 1938). Ou seja, solidão não é simplesmente o que se sente quando se está sozinho, mas pode ter lugar, quando a pessoa não encontra a companhia desejada, ou quando, de qualquer forma, se sente isolada, ou sente um fosso entre ela própria e os outros.

Nesta perspectiva, Harry Stack Sullivan definiu, nos anos 1950, solidão como uma ‘experiência extremamente desagradável que conduz a uma extrema e inadequada necessidade de intimidade humana’ (Sullivan, 1953, p.290) e marcou o pensamento de Frieda Fromm-Reichmann que se tornou o nome de referência neste campo, na altura. Tal como Sullivan e Zilborg, também Frieda Fromm-Reichmann traçou as

origens da solidão nas experiências da infância, defendendo que a solidão constitui um dos fenômenos psicológicos mais importantes no desenvolvimento da doença mental, como um estado extremo e destrutivo, associado ao pânico e à ansiedade. Desde então, durante os últimos cerca de setenta anos, a solidão passou a ser um tema crucial de discussão e intervenção psicológica e seis perspectivas, em particular, são analiticamente dominantes nesta área, as abordagens psicodinâmica, fenomenológica, sociológica, interacionista, cognitiva e sistêmica.

Abordagem Psicodinâmica

A solidão, na perspectiva psicodinâmica, reflete traços básicos de narcisismo, megalomania e hostilidade. O solitário retém sentimentos infantis de onipotência pessoal e é egocêntrico. Os narcisistas têm a tendência de desenvolver uma ligação com seu ambiente, através do exercício de poder. É apenas por meio deste mecanismo que conseguem construir alguma unidade. A união com o outro e com o mundo é oferecida pela capacidade estratégica de subjugar-se a uma pessoa, um grupo, a um Deus, tentando, desta forma, superar o isolamento e sentindo-se parte de um grande poder, com qual se uniu, ainda que toda e qualquer integração autêntica esteja ausente.

Perspetiva Fenomenológica

Carl Rogers, a referência seminal da corrente fenomenológica e da terapia centrada no cliente, considerou que a solidão 'é mais aguda e contundente no indivíduo que, por uma ou outra razão, se encontra sem algumas das suas defesas habituais, um self vulnerável, sozinho, mas real, seguro da rejeição num mundo que julga e critica' (Rogers, 1973, p.119). Nesta leitura, o medo da rejeição impede a pessoa de resistir, aprisionada no seu isolamento, devido a uma discrepância fenomenológica no seu autoconceito. A visão fenomenológica difere, neste campo, da perspectiva psicodinâmica, porque não acredita na influência das experiências precoces, mas sim que são as forças desenvolvidas ao longo da vida que levam a essa experiência. Nesta linha de pensamento, Moore (1976) colocou a hipótese de que é a discrepância entre o self verdadeiro e o self idealizado que pode resultar em solidão.

Abordagem Sociológica

Nesta perspectiva, a solidão é definida como o resultado da produção social do indivíduo 'ego-centrado' e 'individualista' que, para afirmar a sua individualidade,

produz a fragmentação do seu universo social e o isolamento. A visão sociológica distingue-se, neste campo, da ênfase semelhante da psicodinâmica no narcisismo, porque considera que a solidão advém do impacto de fatores externos como deficits sociais, expectativas irrealistas, eventualidades da vida sobre fatores internos, como disfunções cognitivas e afetivas e, de igual modo, os traços de personalidade. Neste sentido, os indivíduos com uma personalidade evitante, nomeadamente, têm limitações nas habilidades sociais, fazendo com que sofram de solidão (Pocinho, 2007; A. Singh & Misra, 2009).

Abordagem Interacionista

Os interacionistas consideram que a solidão se pode manifestar de duas formas: solidão social, como falta de integração social; e solidão emocional, resultado, por exemplo, da ausência de uma figura de vinculação segura, ou resultado do luto, que é também considerada, neste tipo de abordagem, a forma mais gravosa de solidão. Em qualquer caso, porém, mesmo que se tenha um conjunto de amigos e uma boa rede social, o indivíduo poderá sentir solidão emocional, por não ter uma companhia familiar ou romântica (Cacioppo, Hawkley, et al., 2006; Cacioppo, Hawkley, & Berntson, 2003; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006).

Neste sentido, Jong Grieveld descreve o síndrome de solidão como um fenómeno múltiplo, enfatizando três dimensões tipológicas em particular. A primeira dimensão diz respeito às sensações associadas a sentimentos de vazio e abandono, sendo a base de todo o conceito, uma vez que se refere à incapacidade do indivíduo em desenvolver relações sociais consideradas satisfatórias. A segunda dimensão é um tipo de situação situacional e transitória, tendo em conta a perspetiva temporal, no sentido se as pessoas interpretam a sua solidão como sendo inerente à vida, ou como uma experiência mutável e tratável, culpando a si próprias, ou aos outros da situação em que se encontram. A terceira dimensão envolve o conglomerado das outras duas, combinando diferentes aspetos emocionais, como tristeza, sentimentos de vergonha, culpa, frustração e desespero (Jong-Grieveld, 1987, 1998; Pocinho, Farate, & Dias, 2010).

Abordagem Cognitiva

A visão cognitiva da solidão baseia-se na convicção de que a vulnerabilidade cognitiva constitui um distúrbio emocional em si próprio, considerando, desta forma, que a solidão crónica tem origem na forma distorcida como determinados indivíduos percebem a interação com os outros e as atitudes dos outros, refugiando-se

na solidão isolacionista (Pocinho, 2010). Assim, a perspectiva cognitiva é, de certa forma, orientada para a noção de que a solidão é uma forma de solipsismo, porque, apesar de criar sofrimento, é também um estado de consciência, no qual os indivíduos voltam-se para si próprios, numa análise não crítica, sem julgamentos ou culpas, de modo que esta solidão solipsista pode ser a expressão fundamental do individualismo na cultura de hoje.

Abordagem Sistêmica

As explicações sistêmicas assentam sobre um tripé conceptual composto pela teoria geral dos sistemas que define o sistema e as suas propriedades; pela cibernética que trata dos mecanismos de autorregulação dos sistemas complexos; e pela pragmática da comunicação humana que enfatiza o valor comunicacional do comportamento (Yatchinovsky, 2000). Neste tipo de leitura, a solidão é caracterizada como um complexo mecanismo de feedback que fracassa na tentativa de solucionar uma instabilidade problemática, no circuito da interação humana.

EPIDEMIOLOGIA DA SOLIDÃO

Singh e Kiran (2013) referem que a solidão é mais comum nos homens idosos solteiros e nas mulheres de qualquer idade. Diversos estudos que analisam a relação entre solidão e a depressão, o alcoolismo, a doença física e o luto, mas falta investigação acerca das relações da solidão com perturbações psiquiátricas. Neste sentido, um estudo alemão demonstrou que quem sente solidão tem maior probabilidade de sofrer de demência num período de 3 anos, se comparado com quem não a experienciou (Harison, 2012).

Desta forma, se, por um lado, a solidão resulta da distância entre a qualidade das relações sociais e as expectativas prévias do sujeito, por outro, corresponde invariavelmente a experiências subjetivas penosas e até de natureza aversiva. Na opinião de Augusto, Oliveira e Pocinho (2008), a solidão é uma experiência inerente à vulnerabilidade humana, em relação à alienação, perda e isolamento. No entanto, a solidão inclui também uma função desenvolvimental, nas situações em que pode também levar a pessoa à necessidade de estabelecer ou resgatar relações interpessoais, consideradas essenciais para o seu bem estar (Augusto, Oliveira, & Pocinho, 2008; Baumeister & Leary, 1995).

Em 2011, foram encontrados em Portugal quase 2.900 idosos, dias ou mesmo semanas depois de terem morrido em casa. O Censo de 2011 indica que há 2,023 milhões de pessoas com mais de 65 anos a residir em Portugal, entre as quais 60% vivem sozinhas. Na Grã-Bretanha, a associação Age UK refere que, na Inglaterra, mais da metade dos idosos com 75 ou mais idade vivem sozinhos, e dizem se sentir sempre muito solitários, enquanto 7% dos idosos dizem ter contato com a família, amigos e vizinhos menos de uma vez por semana, e 11% entram em contato menos de uma vez por mês. Além disso, é ainda referido que cerca de 3,9 milhões de idosos ingleses (40% do total de idosos acima dos 65 anos) dizem que a televisão é a sua principal companhia (Age UK, 2017; Mortimer, 2016). Contudo, não podemos afirmar que exista uma pura relação determinista entre velhice e solidão. O que está em causa é uma maior vulnerabilidade dos idosos à solidão, devido a uma associação de fatores, nomeadamente, a personalidade que, de forma única, tem influência no processo cognitivo, comportamental e nas motivações; a diminuição das atividades sociais, com a perda de autonomia, perda de amigos, independência dos filhos, a saída do mundo laboral e a entrada na reforma e, frequentemente, os principais preditores para a solidão são a insatisfação com contatos sociais e de habitação, seguido pela perceção percebida de saúde baixa e insuficiência da função cognitiva (Holmén, Ericsson, Andersson, & Winblad, 1992; Rodrigues, 2013).

Neste contexto, a forma como o idoso interpreta o apoio emocional e instrumental é fundamental para um envelhecimento com menores níveis de solidão. A solidão traz consequências deletérias para o sistema imunitário, contribuindo para o aumento de doenças crónicas, stresse, diminuição da autoestima do idoso, sintomas depressivos, declínio funcional e para a mortalidade precoce (Jaremka et al., 2013; Rodrigues, 2013).

Quanto ao género, é um dado recorrente que as mulheres, quando comparadas com os homens, relatam maiores níveis de solidão. Este aspeto poderá ser explicado pela esperança média de vida nas mulheres ser superior à dos homens, de modo que se tornam viúvas mais cedo e mais frequentemente, comparadas com os homens viúvos. Em qualquer caso, a viuvez altera a forma de vida dos idosos, podendo desencadear processos mórbidos graves (Jylhä, 2004; Ussel, 2001) e, em qualquer caso, a solidão é um dos sentimentos mais comuns referidos por quem perdeu os seus familiares mais próximos, situação em que a viuvez tem um índice particular elevado (Batista, 2012).

Sendo um grave problema individual, a solidão é, em última instância, também um problema social. A falta de vínculos sociais constitui um fator de risco para a

morte precoce comparável ao tabagismo moderado (15 cigarros por dia), e é mais importante do que alguns fatores de risco bem conhecidos, como a obesidade e a inatividade física (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). Na revisão sistemática realizada por Holt-Lunstad et al. (2010), conclui-se que os indivíduos com relações sociais adequadas têm uma probabilidade de sobrevivência 50% maior do que aqueles com relações sociais empobrecidas ou insuficientes. Nesse trabalho, são apresentados dois modelos teóricos para explicar de que forma a diminuição das relações sociais pode influenciar a saúde. Por um lado, o efeito tampão, sugerindo que as relações sociais podem fornecer recursos (informativos, emocionais ou tangíveis) que promovam respostas adaptativas comportamentais ou neuro-endócrinas aos stressores agudos ou crônicos (por exemplo, doenças, eventos de vida, transições de vida). O outro modelo citado pelos autores propõe que as relações sociais possam estar associadas a influências cognitivas, emocionais e comportamentais que promovem a saúde e o autocuidado.

RELAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E DEPRESSÃO

Nem todas as pessoas sós estão ou são deprimidas. No entanto, a ocorrência em simultâneo de sintomas de solidão e sintomas depressivos é largamente observada, na investigação nesta área, e os itens que medem a solidão foram incluídos em algumas medições de sintomas depressivos, particularmente em idosos, nos diversos estudos que tratam de riscos e fatores de resiliência associados às condições solitária e depressiva (Cacioppo, Hughes, et al., 2006). Desta forma, aqueles que sofreram formas crônicas de solidão tendem a apresentar níveis de depressão mais elevados que aqueles que atravessaram um tipo de solidão reativa ou situacional, ao mesmo tempo que a solidão é um fator de risco independente dos sintomas depressivos (Adams, Sanders, & Auth, 2004; Cacioppo, Hawkley, et al., 2006; Lim & Kua, 2011). De igual modo, num estudo longitudinal, Wei, Russell e Zakalik (2005) concluíram que 55% da variância na solidão foi explicada pela ansiedade de inserção, auto-eficácia social e auto-revelação, enquanto 42% da variância na depressão subsequente foi explicada pelo nível inicial de solidão e depressão. Mas se a solidão e a depressão partilham obviamente algumas características, o diagnóstico diferencial, contudo, é um desafio ainda por ultrapassar. A solidão continua atualmente a ser difícil de definir e, em termos médicos, não é claramente diagnosticável e, sobretudo, continua a existir uma

extensa lacuna na investigação sobre a forma como a solidão pode desenvolver-se em doença (Pocinho, 2007).

Numa pesquisa fenomenológica transcultural sobre a experiência da depressão, realizada na América Latina (Brasil e Chile) e nos Estados Unidos, a solidão estava presente em todos os casos estudados. O objetivo da investigação era descrever a relação entre solidão e depressão na experiência vivida, a fim de compreender até que ponto a solidão é causa (etiologia) ou consequência (sintoma) da depressão. Os resultados mostram o significado ambíguo da solidão, simultaneamente etiológica e sintomática, na experiência da depressão. (Moreira & Callou, 2006). De igual modo, a solidão tem sido identificada como um fator de risco para sintomas depressivos, em estudos transversais e longitudinais, realizados com adultos de meia-idade e idosos. Neste ponto, a solidão revelou-se como um fator de risco para uma vasta gama de problemas, em ambos os grupos de idade, incluindo a falta de independência, alcoolismo, pressão arterial elevada e problemas com o sono (Cacioppo et al., 2002). Pesquisas anteriores já haviam estabelecido que a solidão e os sintomas depressivos são, na verdade, construções distintas (Weeks et al., 1980), mas a especificidade da solidão como um fator de risco para sintomas depressivos não foi previamente abordada em estudos de base populacional multiétnicas de homens e mulheres de meia-idade e mais velhos.

Por outro lado, vários investigadores e profissionais, como Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, e Thisted (2006), concluíram que a solidão constitui um fator de risco para o desenvolvimento de uma sintomatologia depressiva, mesmo quando as variáveis demográficas eram controladas. Os seus estudos permitiram, de igual modo, concluir a existência de diferenças entre homens e mulheres, ao nível dos valores de solidão e depressão. Os sintomas depressivos causados por solidão apresentam ser significativamente superiores nos homens. De qualquer forma, Cacioppo, Hawkley e Thisted (2010) concluíram que, de qualquer forma, a relação entre solidão e depressão não pode ser puramente reduzida a fatores demográficos, isolamento social, exposição a uma vida stressante, sentimentos afetivos negativos, ou a suporte social.

A questão é que, embora os sentimentos de solidão sejam frequentemente acompanhados de sintomas depressivos, pouco se sabe sobre os mecanismos subjacentes nesta associação. O estudo de Vanhalst, Luyckx, Raes e Goossen (2012) investigou se a ruminação funcionava como mediador ou moderador da solidão (em termos de afiliação) e sintomas depressivos. Os resultados indicaram que a ruminação mediou parcialmente a relação entre a solidão, relacionada aos pares e os sintomas depres-

sivos, e moderou a relação entre a solidão relacionada aos pais e os sintomas depressivos. Neste estudo, os pressupostos teóricos sugerem associações transacionais entre solidão e sintomas depressivos, mas a maioria dos estudos neste campo foca a solidão como antecedente, ao invés da consequência, de sintomas depressivos. Neste sentido, verificaram que os idosos que vivem sós apresentam menor bem-estar psicológico e que, muitas vezes, a solidão surge como sombra da depressão, na medida em que, muitas vezes, os doentes com depressão referem sinais de solidão e isolamento social.

Apesar de a solidão existir mesmo sem depressão, diversos estudos comprovam uma correlação positiva entre as duas situações (Augusto et al., 2008; Cacioppo, Cacioppo, & Boomsma, 2014; Godinho, 2013; Neves, 2013; Rodrigues, 2013; Vieira, 2015) demonstrando que a condição solitária e a condição depressiva existem de forma concomitante. Os idosos relacionam o sentimento de solidão a conceitos de depressão e, em particular, consideram mesmo a solidão como predisponente da depressão.

Por outro lado, Cacioppo, Hawkley et al. (2006) encontraram uma relação entre solidão e fatores de personalidade, como instabilidade emocional, amabilidade, timidez e sociabilidade. Sentir solidão é mais do que alguém sentir-se infeliz, na medida que também aumenta os sentimentos de insegurança e sensibilidade às ameaças e rejeições. No mesmo estudo, estes autores não encontraram evidências de que pensamentos intrusivos sobre acontecimentos traumáticos seriam responsáveis para que os indivíduos sentissem menos controlo ou mais efeitos depressivos, ansiedade, raiva e pessimismo, quando comparados com outros indivíduos não diagnosticados com o síndrome da solidão.

Analisando o construto solidão face à idade, uma conclusão, em alguns trabalhos, é que a solidão tende diminuir com a idade, obtendo as pessoas mais idosas as pontuações mais baixas de solidão. Na perspectiva de Neto (2000), à medida que as pessoas vão avançando na idade, as suas vidas sociais podem tornar-se mais estáveis, podendo, assim, a idade trazer maior capacitação social e expectativas mais realistas acerca das relações sociais. No entanto, outros estudos concluíram que se a solidão diminui a partir dos 45-55 anos, tende outra vez a aumentar a partir dos 65-75 anos (Pocinho, 2007; Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010). Por outro lado, Rius-Ottenheim et al. (2012) explorou o impacto da solidão em homens mais velhos, tendo concluído que estes são menos propensos a experimentar sentimentos de solidão, comparados com as mulheres da mesma idade, apesar das mesmas transições

stressantes relacionadas com o envelhecimento, luto e deterioração da saúde. E não obstante, como sabemos, os homens solteiros idosos constituírem um grupo particularmente marcado, na solidão como transtorno mental.

Neste ponto, a solidão foi incluída como doença mental pela Associação de Diagnósticos de Enfermagem da América do Norte (NANDA, 2015). No entanto, o construto não foi ainda incorporado no Manual de Estatística e Diagnóstico (DSM), o guideline para profissionais de saúde mental, em especial psicólogos e psiquiatras, persistindo na perspectiva obsoleta de considerar a solidão como um sintoma da depressão, quando as evidências científicas hoje demonstram que a solidão é uma patologia em si própria distinta da depressão, conforme, como vimos, um número significativo de sujeitos idosos sem depressão apresentam elevados níveis de solidão, contrariamente à tendência enraizada para usar depressão como uma expressão generalista e, por isso, crescentemente desprofissionalizada.

REFERÊNCIAS

- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475–85. <http://doi.org/10.1080/13607860410001725054>
- Age UK. (2017). Pilot programme shows great promise in combatting loneliness. Retrieved June 18, 2017, from <http://www.ageuk.org.uk/latest-news/pilot-programme-shows-promise-in-combatting-loneliness/?print=on>
- Augusto, S., Oliveira, R., & Pocinho, M. (2008). Solidão e envelhecimento nos doentes reumáticos. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 15. Acesso em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/263>
- Batista, P. (2012). *Luto e comportamentos suicidários nos idosos da Cova da Beira*. UBI.

- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*(3), 497–529. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7777651>
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & Emotion*, *28*(1), 3–21. <http://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, *12*(3), 71–74. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.01232>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ... Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(3), 407–17. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12021415>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, *40*(6), 1054–1085. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. a. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, *25*(2), 453–463. <http://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Godinho, M. A. F. (2013). *Solidão e Depressão: um contributo para a sua compreensão*. ISMT. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/393>
- Harison, P. (2012). Loneliness increase dementia risk among the elderly. Acedido em <http://www.medscape.com/viewarticle/776327>

- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 43–51. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01817.x>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1310–1317. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.11.016>
- Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119–128. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>
- Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73–80. <http://doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 23(2), 157–68. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15334815>
- Lim, L. L., & Kua, E.-H. (2011). Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 1–9. <http://doi.org/10.1155/2011/673181>
- Moore, J. (1976). Loneliness: Self-Discrepancy and Sociological Variables. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy / Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 10(3). Acedido em <http://cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/1743>
- Moreira, V., & Callou, V. (2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental*, 4, 67–83.

- Mortimer, J. (2016). *No one should have no one: Working to end loneliness amongst older people*. London. Acedido em www.ageuk.org.uk
- NANDA (2015). *International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Neves, D. A. (2013). *Solidão e Depressão: um estudo para a compreensão da sua relação com base numa amostra da população portuguesa*. ISMT. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/397>
- Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejano*. Universidade do Porto. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/154>
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade E Novas Modernidades*, (18), 65–77.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 18. Acedido em <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>
- Rius-Ottenheim, N., Kromhout, D., Van Der Mast, R. C., Zitman, F. G., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2012). Dispositional optimism and loneliness in older men. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 151–159. <http://doi.org/10.1002/gps.2701>
- Rogers, C. R. (1973). The lonely person and his experiences in an encounter group. In *Carl Rogers on Encounter Groups*. Nova Iorque: Harper & Row.
- Rodrigues, C. M. O. (2013). *A Solidão e a Depressão nos idosos: estudo numa amostra da população portuguesa*. ISMT. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/376>
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51–55. <http://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>

- Singh, B., & Kiran, U. V. (2013). Loneliness among elderly women. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(2), 10–14. Acedido em <http://www.ijhssi.org>
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nova Iorque: Norton.
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis Cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociale. Acedido em <http://www.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/5006lasoledad.pdf>
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Raes, F., & Goossens, L. (2012). Loneliness and depressive symptoms: The mediating and moderating role of uncontrollable ruminative thoughts. *The Journal of Psychology*, 146(2009), 259–276. <http://doi.org/10.1080/00223980.2011.555433>
- Vieira, C. S. P. (2015). *Solidão e Depressão: Perspetiva temporal*. ISMT. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/594>
- Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A., & Bragg, M. E. (1980). Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1238 –1244.
- Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshman college students: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 602–614. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.602>
- Yatchinovsky, A. (2000). *L'approche systémique : pour gérer l'incertitude et la complexité*. Col. Formation Permanente. Paris: ESF Editeur.
- Zilboorg, G. (1938). Loneliness. *Atlantic Monthly*, 45-54.

Margarida Pocinho.
ESTESC-IPC; ISMT, Coimbra

Esmeralda Macedo.
ISMT, Coimbra

Resumo / Abstract

Solidão: Um Construto Complexo

Ao contrário do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o manual NANDA (Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem) é o único manual de diagnóstico que conta a solidão como um transtorno mental separado, em relação à depressão. Grande parte da pesquisa científica de hoje, na verdade, demonstra que a solidão não é simplesmente um sintoma da depressão, conforme um significativo número de indivíduos com altos níveis do síndrome de solidão não têm uma condição depressiva. Isto está a abrir uma nova perspectiva, no sentido de tratar a solidão como um construto e uma entidade diagnóstica próprios.

Palavras-chave: Solidão, depressão, epidemiologia, construto, entidade diagnóstica.

Loneliness: A Complex Construct

Unlike DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) is the only diagnostic manual that counts loneliness as a separate mental disorder, in relation to depression. Much of today's scientific research, in fact, demonstrates that loneliness is not simply a symptom of depression, as a significant number of subjects with high levels of loneliness syndrome do not have a depressive condition. This is opening up a new perspective, in the sense of treating loneliness as a distinct construct and diagnostic entity.

Keywords: Loneliness, depression, epidemiology, construct, diagnostic entity.