

Inventário de Traços Depressivos: Manual Técnico

Rui C. Campos

**Centro de Investigação em Educação e
Psicologia (CIEP-UE)**

2015

Edição:
Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE)
Universidade de Évora
2015

Copyright: Rui C. Campos, 2004, 2015

ISBN: 978-989-8339-21-8

Índice

<i>I- CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PROVA</i>	5
1- Ficha Técnica	5
2- Fundamentação Teórica.....	5
3- Material do Teste	15
4- Aplicação da prova	15
5- Cotação.....	16
6- Interpretação	16
<i>II- DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA PROVA</i>	19
7- Escrita de itens e estudos prévios	19
8- Obtenção dos dados normativos.....	23
9- Consistência interna.....	26
10- Precisão teste-reteste	26
11- Validade concorrente	26
12- Validade referenciada por um critério	29
13- Validade preditiva.....	30
14- Validade de constructo	30
15- Estudos factoriais.....	30
16- Obtenção de escalas factoriais.....	31
17- Estudo preliminar com uma amostra de adolescentes	33
18- Obtenção de uma forma reduzida e dados sobre a sua validade ...	34
<i>III- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	35

I- CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PROVA

1- Ficha técnica

Título: Inventário de Traços Depressivos (ITD)

Autor: Rui C. Campos (rcampos@uevora.pt)

Objectivo: Inventário composto por 80 itens para avaliar a personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade (a depressão-traço), ou seja, traços ou características depressivas estáveis da personalidade que podem constituir uma vulnerabilidade a estados depressivos sintomáticos. A forma reduzida é composta por 41 itens.

Tempo de aplicação: Aproximadamente 10 a 15 minutos (forma longa)

Tipo de aplicação: Individual ou colectiva

Contextos de utilização: Prática clínica e investigação

População alvo: Adultos (dos 18 aos 65 anos)

Normas: Percentílicas, separadas por sexos

2- Fundamentação teórica

Um conceito integrador e abrangente de personalidade depressiva

O conceito de personalidade depressiva é afim do conceito de depressão e tem sido utilizado na literatura, sobretudo psiquiátrica e psicanalítica. O conceito tem sido descrito e utilizado por clínicos e investigadores de várias escolas desde há várias décadas (Campos, 2009a; Phillips, Gunderson, Hirschfeld, & Smith 1990; Phillips, Hirschfeld, Shea, & Gunderson, 1993; Ryder, Schuler, & Bagby, 2002), em particular nos trabalhos dos autores psicodinâmicos e nas descrições dos autores clássicos da psiquiatria alemã (Klein & Miller, 1997; Koldobsky, 2003).

Klein, Wonderlich e Shea (1993) referem que a noção de perturbação depressiva da personalidade ou de personalidade depressiva representa a encruzilhada entre a depressão e a personalidade porque os dois conceitos se fundem num só. O humor depressivo e as outras características constituem-se como traços de personalidade crónicos e estáveis, ou seja, há uma estrutura de carácter depressivo (veja-se também Klein, Durbin, Shankman, & Santiago, 2002).

Até aos anos 60 do século XX a discussão sobre a personalidade depressiva estava largamente limitada aos fenomenologistas alemães (Klein & Vocisano, 1999), ou seja, os clássicos da psiquiatria alemã, como Kraepelin, Kretschmer ou Schneider. Kraepelin (1921) usou o termo temperamento depressivo para se referir a uma perturbação fundamental que predispunha as pessoas à depressão. O termo temperamento, utilizado na psiquiatria europeia, por oposição ao termo carácter, denota a ligação ao substrato biológico da afectividade (Akiskal, 1991, 1997). Kraepelin caracterizava os sujeitos com temperamento depressivo como predominantemente depressivos, auto-críticos, desesperados, sérios, propensos a sentirem culpa e com falta de confiança. Este temperamento seria hereditário e tenderia a ter um curso estável, embora muitos casos progredissem para a forma completa de doença afectiva (Klein & Vocisano, 1999). Kraepelin considerava mesmo que o temperamento depressivo era uma condição fundamental por detrás da doença afectiva *major*, uma forma rudimentar de doença afectiva de onde os episódios *major* eclodiam.

Kretschmer (1925) expressou uma visão similar à de Kraepelin e antecipou, de certa forma, os modelos dimensionais actuais sobre a personalidade e a afectividade, acrescentando que os traços depressivos podiam ser observados em indivíduos "normais". Kretschmer postulou, da mesma forma que Kraepelin, uma continuidade entre o temperamento depressivo e a doença maníaco-depressiva, apresentando o temperamento os sintomas psicológicos fundamentais da doença afectiva. Mas em Kretschmer, ao contrário de Kraepelin, a personalidade depressiva era descrita no contexto do desenvolvimento do carácter (Huprich, 1998).

Para Schneider (1959), as personalidades *anormais*, as psicopatias, não eram consideradas perturbações mentais, mas desvios estatísticos da norma que causavam mal-estar ao próprio ou aos outros. A sua *psicopatia depressiva* incorporou as características das descrições anteriores do temperamento depressivo mas incluiu outros traços como anedonia moderada, cepticismo, fortes sentimentos de dúvida, ser dado a preocupações e quietude. Acrescem à descrição as características de pessimismo, dificuldades em relaxar e o aspecto sério e sombrio. A personalidade depressiva seria distinta da depressão endógena, tendo origem em perturbações do desenvolvimento precoce (Huprich, 1998). Schneider ao contrário de Kraepelin e Kretschmer, não postulava nenhuma relação entre a psicopatia depressiva e a doença afectiva, ou seja, não relacionava temperamentos ou personalidades afectivas e doenças afectivas propriamente ditas. A psicopatia depressiva estava ligada sim, às outras perturbações da personalidade.

Mas muita da literatura que descreve a personalidade depressiva pode ser encontrada nos escritos dos psicanalistas, especialmente a partir dos anos 60 e 70 do século XX (Huprich, 1998; Klein & Vocisano, 1999). Na escola psicanalítica, ao contrário dos clássicos da psiquiatria alemã, não se tentou tanto delimitar categorias ou tipos de personalidade depressiva, mas antes definir-se traços de personalidade pré-mórbidos que supostamente aumentariam o risco para a depressão (Bagby, Ryder, & Schuller, 2003; Ryder et al., 2002). Apesar disso, com a 'ascendência' da psicanálise, o termo *temperamento depressivo* da escola alemã foi gradualmente substituído pelo termo *carácter depressivo*, que remete para uma

origem desenvolvimental (e não biológica) e que foi utilizado por alguns autores, como por exemplo, Kahn, Berliner ou Arieti e Bemporad (Phillips et al., 1990).

Apesar das diferenças entre os clássicos da psiquiatria alemã e os psicanalistas sobre a etiologia do temperamento e da personalidade depressiva, respectivamente, as suas descrições clínicas não são muito distintas (Klein & Vocisano, 1999). Muitas teorias psicanalíticas focalizaram-se na dependência/oralidade e na obsessividade/analidade (Bagby et al., 2003; Ryder et al., 2002).

Blatt (1974, 1990, 2004; Blatt & Zuroff, 1992) postula um tipo depressivo dependente ou anaclítico, distinto de um tipo depressivo auto-crítico ou introjectivo. Os sentimentos centrais na depressão anaclítica, segundo Blatt (1974, 2004), são o desamparo, a fraqueza, o sentimento de se esvaziar (*depletion*), o medo de ser abandonado e o sentimento de não ser amado. Existem desejos marcados de ser cuidado, protegido e amparado. Há dificuldades em suportar a espera, uma busca desesperada de satisfação, uma necessidade intensa de ser amado, uma “luta desesperada para manter o contacto directo com o objecto...” (Blatt, 1974, p. 107) e um sentimento de ser incapaz de encontrar gratificação e conforto. Existe uma forte vulnerabilidade à perda do objecto e a sentimentos de solidão, tristeza, rejeição e abandono (Blatt & Shichman, 1983). O objecto é valorizado pela sua capacidade de gratificação e de suprir as necessidades.

Na depressão introjectiva encontram-se sentimentos de desvalorização, de não ser amado e merecedor de amor, sentimentos de culpa e de não ter vivido de acordo com as expectativas, o que conduz à desaprovação e crítica por parte do objecto (Blatt, 1974, 2004). Encontra-se um super-eu severo, ideais muito rígidos e forte exigência, uma moralidade cerrada, uma constante auto-avaliação e culpa devido a tentações ou pensamentos de transgressão (Blatt & Shichman, 1983). Nesta forma de depressão existe um excesso de perfeccionismo, uma tendência para assumir a responsabilidade e o sentimento de não conseguir aceitação e reconhecimento. Há uma constante preocupação com poder ser punido. Existem sentimentos hostis e ambivalentes em relação ao objecto, mas que são difíceis de expressar por medo de perder o amor desse objecto (Blatt, 1974). O envolvimento excessivo do indivíduo introjectivo em muitas actividades pode ser visto como um mecanismo de compensação de sentimentos de inferioridade, culpa, auto-crítica e desvalorização.

Blatt (2008) assinala que em alguns indivíduos, as características de ambos os tipos anaclítico e introjectivo pode estar presentes - *configurações mistas*; uma combinação que ocorre principalmente em pacientes (veja Blatt, 2004). Correlações entre as escalas de dependência e de auto-criticismo do Questionário de Experiências Depressivas, que avaliam respectivamente as predisposições de personalidade depressiva anaclítica e introjectiva, tendem a ser elevadas em amostras clínicas (veja-se Besser, Priel, Flett, & Wiznitzer, 2007; Nietzel & Harris, 1990; Ouimette & Klein, 1993).

Distinções semelhantes entre uma depressão centrada em questões de dependência e outra centradas em questões ligadas ao valor próprio e à autonomia encontram-se também em modelos de outras tradições como o de Bowlby (1980), Arieti e Bemporad (1980) e Beck (1983). Kernberg (1970, 1988) incorporou ambos os elementos (aspectos anaclíticos e introjectivos) numa única linha psicopatológica, formulando uma concepção psicanalítica da perturbação

depressiva-masoquista da personalidade e ligando-a à concepção freudiana de *masoquismo moral* (Bagby et al., 2003; Ryder et al., 2002).

A perturbação depressiva-masoquista da personalidade apresenta três conjuntos de características fundamentais segundo Kernberg (1988). Um conjunto de características que reflectem um super-eu severo, características que reflectem uma forte dependência do suporte, amor e aceitação por parte dos outros e características que reflectem dificuldades em expressar a agressividade. Assim, o funcionamento do super-ego condiciona uma tendência para os sujeitos serem demasiado responsáveis, sérios, preocupados com o desempenho profissional e hiper-conscienciosos. Quando não conseguem viver de acordo com as expectativas e metas que estabeleceram, deprimem-se. Em casos mais graves, as exigências para consigo próprio levam a que os sujeitos se coloquem em circunstâncias que induzem o sofrimento e o ser explorados, criando ou perpetuando inconscientemente uma realidade externa que dá razão aos seus sentimentos de serem mal tratados, usados ou humilhados. Por outro lado, estes sujeitos são muito sensíveis à possibilidade de se sentirem desapontados com os outros, podendo deixar de lado os seus desejos e vontade própria para obter amor e simpatia por parte deles. O sentimento de serem “rejeitados e mal tratados como uma reacção a falhas relativamente menores pode conduzir a comportamentos inconscientes... para fazer o objecto amado sentir-se culpado. Ciclos viciosos de exigências excessivas, sentimentos de rejeição e tendência inconsciente para fazer os outros sentirem-se culpados e conseqüente rejeição” (pp. 1008-1009) podem provocar problemas graves nas relações mais próximas e desencadear a depressão aquando da perda de afecto. Finalmente, devido à forma como lidam com a agressividade, verifica-se uma tendência para se deprimirem em situações que para os outros produziriam raiva ou zanga. A culpa inconsciente, devido à raiva expressa contra os outros pode complicar o ciclo vicioso descrito. Atacam os outros de que necessitam, mas por quem se sentem rejeitados, de seguida deprimem-se, são submissos e têm um comportamento complacente, ao que se segue uma segunda vaga de raiva devido à forma como são tratados e devido à sua própria submissão.

Coimbra de Matos (2001) considera que a personalidade depressiva e a depressão ou estado depressivo constituem, no seu conjunto, a doença depressiva. A personalidade depressiva (conjunto de traços de carácter), também designada de depressão latente ou larvar, disposição depressiva ou tendência depressiva, seria uma estrutura mental mais ou menos estável, um tipo de funcionamento psíquico preponderante. A “depressividade é um traço de personalidade, [predisponente à depressão clínica] com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva” (Coimbra de Matos, 2003, p. 33). Na verdade, apesar de 'academicamente' distinguir vários tipos de depressão, Coimbra de Matos considera que, na prática, não existem quadros puros e que consoante o peso e entrelaçamento de cada um dos componentes constituintes da história de estruturação da personalidade depressiva, assim teremos os diferentes tipos de estrutura depressiva (Coimbra de Matos, 1982), ideia que abona em favor de uma visão dimensional e unicista da depressão.

Esta personalidade depressiva, composta por traços egossintónicos em que sobressaem o humor depressivo e a irritabilidade, seria o substrato de onde

surgiriam episódios depressivos com sintomas egodistónicos de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa. Noutros escritos (e. g. Coimbra de Matos, 1996), encontra-se uma descrição mais pormenorizada e os principais traços que definiriam esta dita personalidade depressiva seriam a baixa auto-estima, culpabilidade, super-eu severo, vulnerabilidade à perda, tendência à adinamia e idealização do passado. Mais recentemente, Coimbra de Matos (2003) refere ainda que os factores psicopatológicos da constelação depressiva se agrupam em quatro *feixes*: (1) submissão a um super-eu pouco integrado, primitivo e imaturo, (2) abatimento geral, desânimo e propensão à desistência, (3) inibição fóbica e (4) baixa auto-estima. Na depressividade seria ainda central o abatimento, como traço patognomónico (Coimbra de Matos, 2002). Os traços da personalidade depressiva organizar-se-iam na sequência de pequenas perdas cumulativas ou como sequela de uma reacção depressiva, mas também, e sobretudo, como resultado de uma relação de objecto patogénica, caracterizada por uma economia depressígena, em que o sujeito dá mais do que recebe, vivendo num sistema de perda contínua. Verifica-se também nesta relação uma indução de culpa pelo objecto (e, por identificação, o sujeito aceita a imagem de culpado que lhe é inculcada) e, ainda, uma desvalorização, humilhação e ridicularização do sujeito (Coimbra de Matos, 1996).

É evidente a semelhança relativamente aos tipos de traços apresentados nesta conceptualização e os que se encontram na descrição de Kernberg, especialmente no que diz respeito aos dois primeiros tipos de características que compõem a perturbação depressiva-masoquista; características que reflectem um super-eu severo e características que revelam dependência ou vulnerabilidade à perda. Mas também a raiva expressa pelo sujeito quando se sente rejeitado, referida por Kernberg, pode ter um paralelo com a irritabilidade da descrição da personalidade depressiva de Coimbra de Matos. Evidente é, também, a semelhança entre estas descrições e a descrição de melancolia apresentada por Freud (1980/1917), sobretudo nos aspectos do super-eu severo, da vulnerabilidade à perda e da baixa auto-estima.

Várias formulações, nomeadamente as psicanalíticas, têm salientado três aspectos: a dependência (aspecto anaclítico da depressão), os traços perfeccionistas e o masoquismo (aspectos introjectivos da depressão), como características da personalidade depressiva. A dependência, bem como um *masoquismo moral* com auto-criticismo e culpabilidade, resultando da actividade de um super-eu exigente, estão presentes, por exemplo, nas conceptualizações de Blatt (1974, 1990, 2004), e de Coimbra de Matos (1986, 1996, 2001, 2003), bem como na formulação de Kernberg (1988). Na conceptualização de Blatt está presente, ainda, na depressão introjectiva, o perfeccionismo. Rado (1951) salienta a componente oral de dependência na personalidade depressiva, manifestando-se no desejo intenso de protecção, amor, segurança, medo da perda e inibição da agressividade. Também Chodoff (1972) e Bemporad (1973) salientam o traço de dependência ou o carácter oral na organização depressiva. Berliner (1966) e Simons (1987) destacam a dimensão masoquista e Laughlin (1956) a presença das três características. Flett, Hewitt e Mittelstaedt (1991) destacam a auto-punitividade e a sua dimensão ou componente de auto-criticismo como correlatos importantes do funcionamento depressivo da personalidade. Hewitt,

Ediger e Flett (1996) discutem a importância da dimensão do perfeccionismo e concluem que tem um papel importante na vulnerabilidade ao adoecer depressivo. O conceito de perturbação depressiva da personalidade do anexo do DSM-IV-TR (Associação Psiquiátrica Americana, 2002/2000) salienta apenas as características introjectivas, não considerando as características anaclíticas da depressão, como o desamparo, a dependência e o medo de ser abandonado. As características da perturbação depressiva da personalidade incluem o humor depressivo, sentimentos de inadequação e inutilidade, autocrítica, tendência a preocupar-se, tendência a ser crítico para com os outros, pessimismo, e sentimentos de culpa e remorso (APA, 2002; veja-se também Ryder, Schuller, & Bagby, 2006).

Pode concluir-se que a literatura mostra que existem diferentes descrições do conceito de personalidade depressiva que, apesar de algumas divergências, apresentam semelhanças evidentes. Parece por conseguinte fazer sentido criar uma operacionalização, uma definição empírica de personalidade depressiva que abarque de uma forma ampla diferentes tipos de características depressivas, indicadas por vários autores. Conceptualizar e operacionalizar uma dimensão depressiva da personalidade composta por diferentes tipos de traços (isto é diferentes facetas), mas sem ligar o conceito a um autor ou teoria em particular ou a um quadro nosológico específico definido nos manuais de classificação, mas, seleccionando para serem operacionalizadas, características depressivas provenientes de diferentes modelos e autores.

Trata-se de uma visão prototípica (no sentido de que se pode pensar que existe um consenso sobre quais seriam as principais características depressivas da personalidade) e, ao mesmo tempo, unicista da personalidade depressiva.

A dimensão ou espectro depressivo

Um segundo pressuposto conceptual na base do Inventário de Traços Depressivos e do conceito de personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade que é por ele operacionalizado é a ideia de que esta corresponde a um *continuum* ou espectro, cujos extremos podem ser sinónimo de várias formas depressivas clínicas, como por exemplo uma depressão crónica, ou à vulnerabilidade para apresentar uma forma de depressão clínica. Neste sentido, um dado sujeito poderá ter um resultado elevado no inventário, ter muitos traços depressivos, ou porque tem uma qualquer forma de depressão, como uma depressão crónica, ou porque tem uma vulnerabilidade para episódios depressivos recorrentes, podendo ou não estar deprimido no momento presente.

A literatura parece apoiar a ideia de que o fenómeno depressivo *lato sensu* é um fenómeno de espectro na sua intensidade, frequência e duração (e.g., Blatt, 2004; Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2009a; Cox, Enns, Borger, & Paker, 1999; Cox, Enns, & Larsen, 2001; Flett, Vredenburg, & Kramer, 1997; Hankin, Fraley, Lahey, & Waldman, 2005; Trull, Widiger, & Guthrie, 1990) — um *continuum* da normalidade à patologia. As características dos indivíduos deprimidos também podem estar presente em pessoas que não estão clinicamente deprimidas. Jones (1998), por exemplo, argumenta que a depressão

pode ser mais bem representada por modelos dimensionais ou interpessoais, porque muitas formas de depressão são exacerbações de características normais.

Assume-se pois como pressuposto teórico subjacente à construção do Inventário de Traços Depressivos a ideia da dimensionalidade do fenómeno depressivo, uma visão que o considera um *continuum*, de um mínimo de gravidade a um máximo de gravidade.

A depressão como um traço ou conjunto de traços

Um terceiro pressuposto na base da construção do Inventário de Traços Depressivos é de que a depressão pode ser conceptualizada não apenas como sintomas que ocorrem em conjuntos mais ou menos heterogéneos e por isso podem constituir diversos quadros clínicos, mas também como uma dimensão da personalidade normal composta por diferentes traços, entendidos como características estáveis. Ao avaliar a personalidade importará ter em conta esta dimensão, independentemente de qual o diagnóstico que o sujeito possa ter, qual a etiologia desse quadro, que outras características da personalidade possa apresentar, que não as depressivas, e qual a intensidade dos sintomas que possa exibir num dado momento. Esta dimensão depressiva da personalidade "normal" seria composta por características ou traços que o indivíduo exibiria num grande número de situações e que fariam parte do seu estilo de funcionamento típico, permitindo uma comparação entre indivíduos, ou seja a avaliação de diferenças inter-individuais.

Os traços de personalidade são constructos essenciais para descrever as diferenças individuais (McAdams, 1995; McAdams & Pals, 2006) bem como constructos explicativos que ajudam a explicar as diferenças inter-individuais ao longo de um *continuum*. São predisposições gerais que se podem expressar de forma diferente, ainda que relativamente consistente ao longo do tempo e dos contextos e em diferentes estilos comportamentais, motivacionais, emocionais e interpessoais (veja-se Lima, 1997; Haslam, 2007; Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004; Shea & Yen, 2005).

Semelhança entre traço depressivo e sintoma depressivo crónico

Um quarto pressuposto conceptual na base do desenvolvimento do inventário assenta na discussão sobre a diferenciação entre traço e sintoma depressivo. Do ponto de vista qualitativo é difícil distinguir entre sintoma e traço depressivo, apesar dos argumentos importantes do sofrimento e do carácter egodistónico, por definição inerentes à presença do sintoma. A diferença entre traço e sintoma, situar-se-á muito mais ao nível da cronicidade, estabilidade e frequência com que o indivíduo exhibe determinada característica. Um exemplo flagrante é o da baixa auto-estima. É um sintoma mas também é um traço de personalidade. Enquanto sintoma pode variar em intensidade num dado momento mais ou menos delimitado. Enquanto traço pode variar na frequência com que o indivíduo experiencia o sentimento de baixa auto-estima, ou ainda, e de outra forma, no grau em que essa característica é avaliada pelo sujeito como fazendo parte do seu funcionamento mental habitual.

A questão é, aliás, mais vasta e pode colocar-se ao nível do próprio diagnóstico psicopatológico. O constructo de perturbação depressiva da personalidade, enquanto entidade diferente e não sobreponível com as perturbações do humor, sobretudo, e principalmente, com a distímia, merece fortes críticas de diversos autores (e.g., Ryder et al., 2002). Distinguir depressão crónica de personalidade depressiva parece ser um exercício difícil, bem como entre traço depressivo e sintoma depressivo crónico.

De qualquer forma, será provavelmente mais fácil fazer a distinção entre experiências internas depressivas do tipo das que são avaliadas no Questionário de Experiências Depressivas de Blatt e colegas, por exemplo, e alguns sintomas depressivos, especialmente do tipo neurovegetativo, como insónia, lentificação psicomotora e anergia, mas mais difícil de diferenciar essas experiências internas de sintomas depressivos de cariz psicológico, como sentimentos de inutilidade e solidão.

Hirschfeld et al. (1989) questionam-se sobre o que o termo pré-mórbido realmente significa. Uma vez que "os estados sub-sindromáticos tendem a ser duradouros, como é que se podem separar estes estados das anormalidades da personalidade? Os indivíduos têm traços anormais de personalidade... ou têm estados afectivos sub-sindromáticos crónicos? Faz alguma diferença?..." (p. 350). Mais concretamente, Hirschfeld e colegas perguntam se o neuroticismo é realmente uma disposição pré-mórbida ou é antes um estado afectivo sub-sindromático do processo sindromático da depressão ou, de uma outra forma, se os resultados elevados em neuroticismo apresentados pelas pessoas que se tornam deprimidas reflectem uma relação de espectro ou uma relação causal entre personalidade (neste caso, neuroticismo) e depressão.

Klein et al. (1993) interrogam-se até que ponto os chamados traços de personalidade observados nas perturbações sub-afectivas, como por exemplo a distímia ou a ciclotímia ou até numa perturbação *borderline* da personalidade se podem considerar empírica e conceptualmente diferentes dos sintomas afectivos moderados. Ou seja, pode perguntar-se até que ponto, numa perturbação afectiva crónica estamos perante traços de personalidade ou sintomas afectivos moderados crónicos, e numa perturbação da personalidade como a *borderline*, estamos perante sintomas crónicos de humor ou, mais uma vez, traços de carácter afectivo.

Vários autores sublinham, no entanto, a diferença estado-traço (e. g. Blatt, 1990, 2004; Coimbra de Matos, 2001, 2002; Endler, Macrodimitris, & Kocovski, 2000; Spielberger, 1995). A distinção entre personalidade depressiva e depressão seria simples, seguindo o modelo estado-traço, por exemplo, se só existissem perturbações depressivas agudas. Mas as depressões crónicas são frequentes. Ou seja, a ideia partilhada por autores de várias escolas, nomeadamente, da escola psicanalítica (e.g. Blatt, 1990, 2004; Coimbra de Matos, 1995, 1996, 2001, 2002, 2003; veja-se também Campos, 2009a), de que existe um tipo de personalidade (ou personalidades), a personalidade depressiva, distinta da depressão, e que predispõe o sujeito a episódios depressivos, parece fazer sentido, mas ser ao mesmo tempo demasiado simplista, porque numa percentagem relativamente significativa de casos, as depressões tornam-se crónicas, enxertam-se na personalidade, ou talvez melhor, exacerbam as características da própria

personalidade, não evoluindo por episódios que aparecem circunscritos no tempo e remitem. Na depressão crónica é mais difícil distinguir entre a doença depressiva e os traços de personalidade que predis põem o indivíduo a episódios depressivos - a depressão pode ser simplesmente uma exacerbação da personalidade pré-mórbida.

Poderá ser que as características que formam a depressão sejam ao mesmo tempo dependentes do estado e traços predisponentes. Rosenbaum, Lewinsohn e Gotlib (1996) discutem a possibilidade de algumas variáveis poderem ser ao mesmo tempo traços estáveis (observadas antes e depois do episódio depressivo) e dependentes do estado depressivo, no sentido de sofrerem oscilações em função de flutuações intra-individuais na intensidade da depressão. Seriam variáveis *híbridas* que caracterizariam os indivíduos predispostos quando não deprimidos, mas que se acentuariam no estado depressivo. Hartlage, Arduino e Alloy (1998) verificaram que variáveis como a baixa auto-estima parecem manifestar, simultaneamente, componentes de estado e de traço.

Outros autores (e.g., Blatt et al., 1976) colocam a hipótese de variáveis como a dependência e o auto-criticismo poderem ser afectadas pelo estado depressivo e, ainda assim, reflectirem diferenças individuais relativamente estáveis no que se refere a uma vulnerabilidade para a depressão (veja-se Franche & Dobson, 1992; Klein, Harding, Taylor & Dickstein, 1988; Robins, 1995). Este tipo de reflexão vai ao encontro de uma visão de espectro, mas ao mesmo tempo etiológica, da relação entre personalidade e depressão (Klein et al., 2002).

A questão que se pode colocar, portanto, é se, por exemplo, a dependência ou outras características como o neuroticismo são pré-mórbidas para a depressão, são patoplásticas, porque moldam a expressão sintomática, ou são em si mesmas já uma parte da sua expressão sintomática. Onde acaba, por exemplo, a dependência ou a introversão, enquanto traços da personalidade e a dependência e a introversão enquanto características sintomáticas da depressão?

Assim sendo, a diferenciação entre traços depressivos e sintomas depressivos pode ser feita primariamente pela sua estabilidade, ao invés de ser uma questão qualitativa. Ritterband e Spielberger (1996) observam que traço, estado e sintoma de depressão são frequentemente confundidos. Estado não é a mesma coisa que sintoma. Um sintoma pode ser crónico e, portanto, tornar-se parte do funcionamento da personalidade, fazer parte do indivíduo e, então, constituir um traço. Por exemplo, a pessoa que está ou que se sente *quase sempre triste*, passou a ser alguém que *é triste*. A partir desta perspectiva, um sintoma pode ser conceptualizado como um traço quando é estável, bem como fazer parte do estado depressivo, quando é transitório. Partindo destes pressupostos, faz sentido que algumas das características depressivas operacionalizadas no Inventário de Traços Depressivos possam ser experiências habitualmente identificadas por diferentes autores como sendo sintomas depressivos, mas que os indivíduos apresentam de forma mais ou menos estável e permanente e, neste sentido, serem operacionalizadas como traços.

Um visão simultaneamente etiológica e fenomenológica da depressão é aceite. Do ponto de vista fenomenológico, podemos distinguir traço e sintoma principalmente com base na *duração e frequência*. Por outro lado, tanto o traço como o sintoma podem ser mais ou menos intensos (*intensidade*). O *contexto de*

manifestação deve ser utilizado principalmente para caracterizar o sintoma. Do ponto de vista etiológico, por outro lado, os traços depressivos podem predispor os indivíduos a experienciar sintomas mais ou menos intensos, estáveis, e frequentes.

O Inventário de Traços Depressivos

Quatro ideias fundamentais resumem a formulação teórica subjacente ao inventário: (1) é possível desenvolver uma definição empírica de personalidade depressiva enquanto constructo unitário que engloba uma gama ampla de características depressivas; (2) a personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade corresponde a um *continuum* ou espectro, cujos extremos podem ser sinónimo de várias formas depressivas clínicas, como por exemplo uma depressão crónica, ou de vulnerabilidade para apresentar uma forma de depressão clínica; (3) a depressão pode ser conceptualizada não apenas como um conjunto heterogéneo de sintomas que podem corresponder a diferentes entidades nosológicas, mas também como uma dimensão da personalidade "normal"; (4) a principal diferença entre traço depressivo e sintoma depressivo é a estabilidade e não propriamente a sua natureza egodistónica *versus* egodistónica.

Podem ser encontrados na literatura cinco instrumentos para avaliar traços depressivos: o *Depressive Personality Disorder Inventory* (DPDI; Huprich, Margaret, Barthelemy, & Fine, 1996; Huprich, Sanford & Smith, 2002), o *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ, Blatt et al., 1976; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1979; Zuroff, Quinlan, & Blatt, 1990), o *Depressive Personality Inventory* (Eusanio, 1978), o *State-Trait Scales for Depression* (Spielberger, 1995), e a *State-Trait Depression Adjective Check Lists* (ST-DACL, Lubin, 1994; Riesenmy, Lubin, Van Whitlock, & Penick, 1995). Todas eles de uma forma ou de outra apresentam limitações, especialmente o facto de alguns tipos de traços depressivos não estarem incluídos. O Questionário de Experiências Depressivas, por exemplo, engloba experiências internas depressivas, mas não traços como o humor depressivo crónico ou a anedonia. Por outro lado, o Inventário de Perturbação Depressiva da Personalidade, desenvolvido para avaliar uma perturbação psiquiátrica, não avalia um aspecto importante da personalidade depressiva de acordo com modelos de orientação psicodinâmica, a dimensão anaclítica.

Assim sendo, justifica-se o desenvolvimento de uma medida para avaliar o constructo de personalidade depressiva de uma forma mais holística e integradora. Um instrumento desta natureza reúne e unifica duas tradições 'bem estabelecidas' sobre a personalidade depressiva, a psiquiátrica e a psicanalítica, e operacionalizaria uma definição abrangente do conceito. Os psiquiatras enfatizaram principalmente as manifestações clínicas da condição, enquanto que os psicanalistas se concentraram na experiência interior.

Ao contrário de outras medidas que assumem uma diferença mais ou menos qualitativa entre traços depressivos e sintomas depressivos, o Inventário de Traços Depressivos (ITD) assume a *duração* ou a *estabilidade* como o principal critério para distinguir os dois. Como corolário, alguém pode ter uma pontuação elevada neste inventário porque está cronicamente deprimido.

O objectivo principal subjacente à construção de um instrumento como o ITD é o de permitir avaliar simultaneamente vários tipos de traços depressivos em populações clínicas, mas também em populações não clínicas, para identificar os indivíduos que podendo não estar deprimidos, podem, em todo o caso, estar em risco.

Sendo o ITD um instrumento tipo traço, as instruções pedem a quem responde para descrever como é ou se comporta habitualmente, e não como se sente ou se comporta no momento actual. Uma escala de *Likert* de 5 pontos, de discordo fortemente a concordo fortemente, de forma similar a outros instrumentos de traço como o NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992). pareceu ser o formato da resposta mais adequado,

3- Material do teste

Para além deste manual técnico (que contém a fundamentação teórica e a validação da prova e os procedimentos de aplicação, cotação e interpretação dos resultados), o material do teste consiste numa folha de respostas da forma longa (com 80 itens) e numa folha de respostas da forma reduzida (com 41 itens), que contém as instruções.

Estas folhas de resposta encontram-se no anexo a este manual em formato CD (e podem ser impressas as vezes que forem necessárias), bem como as tabelas de dados normativos. Será ainda necessário material auxiliar: um lápis ou uma caneta, bem como uma superfície plana que o sujeito possa utilizar para responder ao teste.

4- Aplicação

A utilização do Inventário de Traços Depressivos é relevante na prática clínica, no sentido de avaliar como se expressa a dimensão depressiva da personalidade num dado sujeito. Por outro lado, a prova poderá ser também útil em investigação.

No momento presente não existem ainda dados normativos e de validade com adolescentes, pelo que se recomenda apenas a aplicação a sujeitos adultos entre os 18 e os 65 anos de idade.

O inventário destina-se a ser utilizada apenas por psicólogos. Em contextos de investigação, no entanto, a aplicação pode ser efectuada por outros técnicos, desde que com a devida formação. De qualquer modo, a tarefa de interpretação dos resultados em contextos clínicos está reservada a psicólogos.

As condições de aplicação são genericamente as mesmas que se devem observar aquando da aplicação de qualquer teste psicológico. O ambiente deve ser tranquilo e devem evitar-se interrupções. Os sujeitos devem, tanto quanto possível, estar motivados e tranquilos quanto à aplicação e quanto ao uso dos resultados, no sentido de se evitar a ocorrência de *estilos inadequados de resposta*,

como o da resposta ao acaso ou o da deseabilidade social. Não há tempo de limite aplicação.

A aplicação pode ser individual ou colectiva. As instruções do teste estão impressas na folha de respostas. Como acontece com outras provas deste tipo, podem ser lidas pelo examinador ou, em alternativa, pelo sujeito, sendo o momento oportuno para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir. É importante que os sujeitos tenham compreendido bem a tarefa antes de iniciar as respostas. O sujeito deve depois preencher o cabeçalho com os seus elementos pessoais. É aconselhável que o examinador monitorize, ainda que de forma não intrusiva, o desempenho do sujeito, especialmente no início da aplicação.

Com sujeitos analfabetos ou com dificuldades de leitura o examinador pode ler os itens em vós alta e pedir a resposta ao sujeito. Note-se contudo, que este procedimento alternativo de aplicação não foi validado e deve ser utilizado de forma cautelosa. Considera-se o 6º ano como nível de escolaridade mínimo para que um sujeito possa responder ao teste na forma estandardizada. No entanto, muitas pessoas com um nível de escolaridade inferior apresentam competências de leitura suficientes para seguir adequadamente o conteúdo dos itens. Cabe em última instância ao psicólogo decidir, com base no conhecimento que tenha da pessoa, se esta, apesar de possuir um nível de escolaridade inferior ao 6º ano, está em condições de responder ao inventário.

No final da aplicação o examinador deve fazer uma breve inspecção da folha de resposta e verificar se os itens foram adequadamente respondidos. No caso de diversos itens não terem sido respondidos, o sujeito pode ser convidado a responder.

5- Cotação

A cotação é um procedimento simples que consiste em somar a pontuação obtida nos 80 itens da prova, na forma longa, ou nos 41 itens, na forma reduzida. Os resultados brutos podem depois ser convertidos em resultados em percentis, usando para o efeito as tabelas que constam do anexo deste manual. Os resultados nas escalas factoriais obtêm-se somando os valores dos itens que as compõem (veja-se anexo). Estes resultados brutos deverão também ser convertidos em percentis, usando para o efeito as tabelas que constam do anexo.

6- Interpretação

Existem normas em percentis separadas por grupos (estudantes universitários e adultos da comunidade) e por sexos, para o resultado global e para as cinco escalas factoriais da prova. A interpretação dos resultados do inventário pressupõe o conhecimento dos fundamentos teóricos subjacentes à sua construção apresentados no capítulo 2 deste manual. O que aqui se apresenta é apenas um breve corolário dessa fundamentação. Recomenda-se também que o

intérprete tenha uma adequada formação em psicopatologia, teorias da personalidade e avaliação psicológica.

Num primeiro momento ou nível de análise, pode dizer-se que um resultado elevado no teste sugere que o sujeito, embora possa não estar deprimido no momento em que é avaliado, apresenta muitas características depressivas da personalidade, apresenta uma dimensão depressiva da personalidade marcada. Quanto mais elevado o resultado, mais traços depressivos o sujeito apresentará e, por conseguinte, mais próximo estará da descrição "prototípica" de um sujeito com personalidade depressiva. Esta constatação não implica necessariamente que o sujeito apresente um qualquer diagnóstico psicopatológico.

É possível apresentar uma descrição prototípica do sujeito com resultados muito elevados, embora um dado indivíduo avaliado que obtenha um resultado desta magnitude não apresente, necessariamente, todas as características. Será alguém, por ventura, que se poderá sentir muitas vezes abatido, resignado, desanimado, com sentimentos de inadequação, com falta de iniciativa e energia, com sentimentos de vazio, que sente com frequência tristeza, mal-estar, desinteresse, irritabilidade e pessimismo. Será alguém vulnerável à perda afectiva, dependente, preocupado com a possibilidade de ser abandonado, com medo de não ser amado, passivo, que pode tender a isolar-se, a sentir-se desamparado, que tem tendência a culpabilizar-se, a auto-criticar-se e a ser ruminativo e com dificuldades em tomar decisões. Será ainda alguém que se valoriza pouco, não acreditando muito nas suas capacidades, e que talvez por isso mesmo possa ser perfeccionista e muito exigente consigo e com os outros e se possa sentir fracassado.

Note-se que não faz sentido falar num ponto de corte para o ITD. Não há nenhum valor a partir do qual se possa dizer que o sujeito tem uma personalidade depressiva; pode é avaliar-se o grau em que o seu funcionamento mental se aproxima do protótipo desta dimensão da personalidade, logo, qual o grau em que os traços depressivos da personalidade estão presentes. O inventário é, para todos os efeitos, uma medida de uma dimensão "normal" da personalidade humana, presente em todas as pessoas em maior ou menor grau, independentemente de outras dimensões. Em todo o caso, o sujeito com uma dimensão depressiva da personalidade marcada, por conseguinte, com resultados elevados no inventário, poderá ser, com alguma probabilidade, alguém com uma perturbação depressiva ou com uma clara vulnerabilidade a experimentar episódios depressivos, mais ou menos intensos e mais ou menos duradouros em determinados momentos; episódios que podem ocorrer a seguir a acontecimentos de vida disruptivos. Mas também pode ser alguém que evidencia uma depressão crónica, com sintomas depressivos que se cronificaram, que passaram, de algum modo, a fazer parte do seu funcionamento mental habitual.

Num segundo momento de análise, o utilizador poderá considerar os resultados nas escalas factoriais: escala I, depressão essencial, escala II, depressão inibida, escala III, depressão de fracasso, escala IV, depressão perfeccionista e escala V, depressão relacional. Resultados elevados no factor I apontam para a presença de uma dimensão de evitamento, 'depressiva', anódica, ansiosa e pessimista da personalidade depressiva que a aproxima, de alguma forma, da

perturbação depressiva da personalidade da escola psiquiátrica. Resultados elevados no factor II remetem para a presença de uma 'dimensão mais esquizóide' da personalidade depressiva, de imaturidade, forte inibição da agressividade e retirada. O factor III parece descrever uma componente mais auto-crítica e de desvalorização pessoal, fracasso e incapacidade, vividas, nomeadamente, na relação com o outro. Resultados elevados no factor IV poderão apontar para a presença de uma dimensão de rigidez e perfeccionismo, mas que pode ao mesmo tempo conter um aspecto adaptativo, dado que pode, igualmente, assinalar a presença de perseverança e sentimentos de eficácia. Finalmente, o factor V parece associado a uma dimensão relacional ou interpessoal da personalidade depressiva, com medo do abandono e dependência.

Num terceiro nível de análise, ainda, ao nível dos itens e já não dos resultados totais, o utilizador pode observar, fundamentalmente no contexto da prática clínica, qual o tipo de traços depressivos mais proeminentes. O clínico poderá assim realizar uma análise mais qualitativa dos resultados, verificando quais os itens com pontuações mais elevadas (considerando os resultados médios nos itens obtidos pelas amostras normativas e que são apresentados no capítulo 8). Em última instância, a análise ao nível dos itens permite ao utilizador observar como se situa o sujeito face a características particulares da personalidade.

II- DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA PROVA

7- Escrita de itens e estudos prévios

O Inventário de Traços Depressivos (ITD) foi desenvolvido para operacionalizar o constructo de personalidade depressiva. Antes de ar início à escrita de itens, o autor listou cuidadosamente diversas características depressivas baseadas em descrições clínicas da literatura psiquiátrica e psicanalítica, revista no capítulo 2. Um total de 96 itens foram escritos para 32 características que estão listadas na Tabela 1. Os itens foram escritos pelo autor e avaliados por mais dois psicólogos clínicos para assegurar a sua *representatividade e relevância* (Anastasi & Urbina, 1997). O autor também utilizou vários outros instrumentos que avaliam características depressivas, como o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Depressão de Beck - II, o Inventário de Perturbação Depressiva da Personalidade, o Questionário de Experiências Depressivas e o questionário de auto-relato para avaliar a Perturbação Depressiva da Personalidade da *Structural Clinical Interview for the DSM-IV*, para informar a escrita desses itens.

Note-se que o número de itens por característica varia em função do grau de generalidade e importância de cada uma delas. Os 96 itens constituíram a versão experimental do ITD. Os itens foram submetidos a uma observação no que respeita à ortografia, pontuação e estrutura frásica (veja-se Campos, 2009a para uma descrição detalhada sobre a escrita e selecção inicial de itens).

De referir também que todos os itens se apresentam escritos 'no sentido' da depressão, ou seja, não existem itens 'invertidos', como por exemplo *Sinto-me feliz*. Sobre este aspecto podem levantar-se duas questões. A primeira é a da possibilidade de alguns sujeitos manifestarem, aquando da apreciação dos itens, estilos inadequados de resposta, como por exemplo o da *aquiescência*, ou seja a tendência para concordar com os itens, independentemente do seu conteúdo, o que produziria resultados elevados. Mas trata-se de um problema secundário. Desde que Rorer (1965) publicou o artigo *The great response style myth* que a questão dos estilos de resposta passou de certa forma para segundo plano. Mais importante para a validade de resposta do que os itens estarem 'invertidos', é que o seu conteúdo seja claro e relevante para quem responde. Por outro lado, o que parece acontecer de forma mais ou menos sistemática quando se realizam análises factoriais, por exemplo no caso de inventários de depressão, é que este tipo de itens 'invertidos' saturam todos num mesmo factor, o que significa que são apreciados pelos sujeitos de forma diferente dos restantes itens, como acontece no inventário de Spielberger (1995).

Seguindo a sugestão de Golden, Sawicki e Franzen (1984), após a redacção dos itens, procedeu-se a uma aplicação experimental do ITD. Tratou-se de aplicar o inventário a um grupo não muito extenso de indivíduos pedindo-lhes que assinalassem os itens que fossem pouco compreensíveis e que, se o desejassem, fizessem um comentário final relativamente ao inventário e a possíveis

dificuldades que tivessem encontrado, sugerindo eventuais alterações. Aplicou-se o instrumento a 20 estudantes universitários. Pediu-se que lessem as instruções e que, se surgisse alguma dúvida na compreensão do conteúdo de algum item, não hesitassem em chamar o examinador. Foi enfatizado que se tratava de uma aplicação experimental e que seria importante saber quais os itens que poderiam suscitar dificuldades de compreensão, bem como se haveria algum outro aspecto do instrumento que merecia dúvidas

Foram assinaladas dúvidas em onze itens. Só três itens foram questionados por mais de um sujeito. As questões colocadas pelos sujeitos relativamente a esses itens pareceram suficientemente relevantes para conduzir à sua alteração. Foram também tidos em conta alguns dos comentários gerais, que conduziram a modificações na versão experimental do inventário. Assim sendo, procedeu-se à modificação dos itens escritos na negativa, à excepção de três itens: *No fundo não gosto muito de mim próprio*, *Na minha vida não há muitas coisas que realmente me dêem muito prazer* e *No fundo não sou uma pessoa feliz*, dado que a sua formulação nos pareceu simples e, ao mesmo tempo, constituir motivo de evocação de *respostas poderosas* (Kline, 2000, p. 268). Além disso, a afirmação não começava na negativa. A modificação foi tão simples quanto possível, escrevendo o item numa forma afirmativa, por exemplo, *Gosto pouco da novidade e da mudança*. em vez de *Não gosto da novidade e da mudança*. Os itens escritos numa 'formulação' negativa suscitam muitas vezes dificuldades de compreensão e apresentam, em consequência, fracas qualidades psicométricas. Para responder, o sujeito tem de proceder mentalmente a uma 'dupla inversão'.

Realizou-se depois um estudo prévio que teve como objectivo testar as características métricas dos itens da versão experimental do ITD e a consistência interna, antes da recolha de dados normativos e do estudo da validade da prova. Participaram neste estudo 319 estudantes universitários, seleccionados em duas universidades portuguesas. Na sequência desta aplicação foram eliminados 16 itens, o que resultou na versão final do inventário com 80 itens. Diversos procedimentos foram utilizados para estudar a eficiência dos itens, como a dificuldade, a discriminabilidade, a inter-correlação entre os itens e ainda, o alfa de Cronbach da escala total (Aiken, 1997; Anastasi & Urbina, 1997; Kline, 1998, 2000; Nunnally, 1978; Nunnally & Bernstein, 1994). Os itens foram eliminados quando apresentaram uma correlação com o total da escala inferior a 0.25 ou quando se correlacionaram excessivamente com outros itens, como aconteceu nos pares 21 / 74 e 31 / 49, com correlações de 0.72 e 0.80 respectivamente. Os itens 21 e 31 foram eliminados de acordo com este critério.

Todos os itens considerados 'demasiado fáceis' ou 'demasiado difíceis' (e.g. item 21 e item 38) apresentavam também correlações item-total baixas, e foram por conseguinte eliminados, excepto o item 96, que foi mantido porque apresentava uma correlação com o total da escala de 0.40.

Posteriormente, calculou-se o alfa de Cronbach, o valor médio das inter-correlações entre todos os itens, e as correlações corrigidas de cada item com o total, para os 80 itens da versão final (após a eliminação dos 16 itens considerados fracos do ponto de vista psicométrico). Estas correlações são apresentadas na Tabela 2. O valor de alfa de Cronbach para a versão final foi de 0.96, e a inter-correlação média entre itens foi de 0.24.

Tabela 1. Características depressivas operacionalizadas e respectivos itens da versão definitiva do ITD

Características depressivas	Itens da versão final
1- Humor depressivo (tristeza / abatimento / insatisfação)	25, 34, 61, 66, 67, 80
2- Pessimismo	6, 31, 55, 69
3- Sentimentos de insucesso	12, 46
4- Anedonia / falta de interesse	1, 23, 29, 64, 74, 78
5- Culpabilidade	39, 68
6- Masoquismo (auto-punição)	21, 32, 77
7- Auto-crítica	20, 33,
8- Falta de sentido e insatisfação com a vida	62
9- Dificuldade em tomar decisões	47
10- Sentimentos de falta de valor próprio/não gostar de si próprio	17, 28, 36, 54, 56, 75
11- Falta de energia / adinamia	18, 30, 37, 49, 53, 76
12- Irritabilidade	4, 9
13- Retirada social / introversão	7, 42
14- Ser ruminativo / dado a preocupações	5, 44, 71
15- Ser crítico e com tendência a julgar os outros	3
16- Sentimentos de desânimo	27
17- Tendência a sentir remorsos	11, 35
18- Sentimentos / crenças de inadequação	24, 48, 72
19- Sentimento de dor e sofrimento	70
20- Desamparo	2, 8, 65
21- Medo de não ser amado (perder o amor do objecto)	14, 38,
22- Vulnerabilidade à perda	51
23- Sentimentos e dificuldades em lidar com a solidão	15, 79
24- Dependência	19, 22, 52
25- Sentimento de não ser amado / ser amado condicionalmente	16, 50, 63
26- Funcionamento relacional em economia depressígena	-----
27- Submissão / hiper-adaptação ao outro / conformismo	26, 58
28- Dificuldade em lidar / expressar a agressividade	45, 60
29- Perfeccionismo	41
30- Sentimento de vazio / de que falta algo	10, 40
31- Saudoso do passado / idealização do passado	43
32- Perturbação dos ritmos (incluindo as perturbações do sono)	13, 57, 59, 73

Tabela 2. Correlação de cada um dos 80 itens da versão definitiva do ITD com o resultado total da escala eliminando esse item

Item	Correlação item / total	Item	Correlação Item / total
1	0.51	51	0.30
2	0.35	52	0.29
3	0.26	54	0.46
4	0.35	55	0.25
5	0.32	56	0.57
6	0.53	58	0.42
7	0.36	59	0.67
8	0.47	60	0.49
9	0.34	61	0.42
10	0.58	62	0.51
11	0.41	63	0.30
13	0.52	64	0.40
14	0.30	65	0.55
15	0.50	66	0.63
16	0.56	67	0.69
17	0.63	68	0.33
18	0.56	69	0.48
19	0.63	70	0.33
20	0.43	71	0.36
22	0.43	73	0.71
24	0.61	74	0.59
25	0.57	75	0.66
26	0.49	78	0.53
27	0.58	79	0.63
28	0.48	80	0.63
29	0.68	81	0.52
30	0.31	82	0.37
36	0.27	83	0.54
37	0.52	84	0.26
39	0.71	86	0.40
40	0.42	87	0.50
41	0.57	88	0.36
42	0.27	89	0.42
43	0.44	90	0.52
44	0.61	91	0.38
45	0.41	92	0.32
46	0.51	93	0.57
47	0.50	94	0.33
49	0.67	95	0.64
50	0.46	96	0.40

8- Obtenção dos dados normativos

Para a obtenção dos dados normativos foram utilizadas duas amostras de conveniência, uma de sujeitos adultos da comunidade e outra de estudantes universitários. Quinhentos e quarenta e seis estudantes universitários foram seleccionados de diversas instituições de ensino superior da cidade de Lisboa e da Universidade de Évora. As idades dos estudantes universitários variaram entre os 18 e os 55 anos (M= 20.7, DP= 3.5). Duzentos e dezanove sujeitos (40.1%) eram do sexo masculino e 327 (59.9%) do sexo feminino. Quatrocentos e sessenta e cinco adultos da comunidade responderam também ao inventário. As idades dos sujeitos da comunidade variaram entre os 18 e os 65 anos (M= 35.2, DP= 11.3). Relativamente ao género, 50.1% eram do sexo masculino e 49.9% do sexo feminino. A escolaridade média era de 12.1 anos (DP= 3.3).

A distribuição da variável resultado global no ITD aproximou-se da curva normal em ambas as amostras. Calcularam-se os resultados (médias e desvios-padrão) obtidos pelas diferentes sub-amostras de sujeitos. Estes resultados encontram-se na Tabela 3. Os resultados em percentis encontram-se no anexo deste manual. Na tabela 4 pode encontrar-se as médias e desvios-padrão para os 80 itens do ITD obtidos pelas diferentes sub-amostras.

Tabela 3: Resultados (médias e desvios-padrão) obtidos pelas diferentes sub-amostras de sujeitos no ITD

Estudantes universitários						Adultos da comunidade					
Total		Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres	
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
201.6	46.0	191.3	45.2	208.5	45.2	209.0	47.1	202.8	44.8	215.2	48.7

Compararam-se os resultados obtidos pelos sujeitos do sexo masculino (M= 191.3, DP= 45.2) e do sexo feminino (M= 208.5, DP= 45.2) da amostra de estudantes universitários. As mulheres obtiveram resultados significativamente mais elevados do que os homens ($t= 4.35, p < 0.001$). Compararam-se também os resultados obtidos pelos sujeitos da amostra de adultos da comunidade do sexo masculino (M= 202.8, DP= 44.8) e do sexo feminino (M= 215.2, DP= 48.7). As mulheres obtiveram igualmente resultados significativamente mais elevados do que os homens ($t= 2.90, p < 0.005$). A correlação entre o resultado no ITD e a variável idade não foi significativa ($r= 0.03, ns$).

Tabela 4: Resultados (médias e desvio-padrão) nos 80 itens do inventário obtidos pelas diferentes sub-amostras

Estudantes universitários					Adultos da comunidade				
Homens		Mulheres		Homens		Mulheres			
Item	M	DP	M	DP	Item	M	DP	M	DP
1	2.32	1.03	2.67	1.04	1	2.53	1.13	2.87	1.13
2	2.31	1.16	2.54	1.20	2	2.79	1.15	3.04	1.14
3	3.04	1.09	2.98	1.12	3	3.57	1.04	3.45	1.05
4	1.93	0.95	2.37	1.02	4	2.32	1.06	2.58	1.08
5	3.35	1.10	3.67	1.08	5	3.55	1.08	3.67	1.09
6	2.18	0.98	2.35	1.07	6	2.40	1.11	2.52	1.12
7	2.55	1.02	2.65	1.10	7	2.40	1.08	2.53	1.16
8	2.36	1.00	2.45	1.08	8	2.55	0.99	2.82	1.12
9	3.21	1.06	3.49	1.04	9	3.40	1.08	3.61	1.05
10	3.19	1.18	3.45	1.13	10	3.17	1.18	3.59	1.09
11	2.98	1.11	3.17	1.07	11	2.97	1.15	3.11	1.14
12	2.22	1.01	2.25	0.95	12	2.59	1.09	2.56	1.12
13	2.34	1.23	2.63	1.24	13	2.68	1.29	2.97	1.29
14	2.56	1.10	2.92	1.17	14	2.65	1.02	2.88	1.16
15	2.53	1.19	2.93	1.18	15	2.47	1.14	2.92	1.19
16	2.12	0.94	2.35	0.99	16	2.27	0.95	2.44	1.01
17	2.22	0.96	2.65	1.18	17	2.22	1.00	2.45	1.07
18	2.33	1.11	2.80	1.12	18	2.53	1.20	2.94	1.17
19	2.77	1.26	3.31	1.17	19	2.84	1.19	3.06	1.16
20	2.64	1.04	2.94	1.07	20	2.67	1.00	2.80	1.07
21	1.29	0.67	1.46	0.91	21	1.61	0.94	1.58	0.87
22	2.94	1.16	3.46	1.10	22	2.91	1.10	3.08	1.13
23	1.74	0.79	1.80	0.80	23	1.85	0.89	1.96	0.95
24	1.91	0.92	1.85	0.74	24	2.00	0.91	1.88	0.82
25	2.25	1.12	2.57	1.11	25	2.41	1.11	2.54	1.10
26	2.93	1.16	3.19	1.08	26	3.08	1.12	3.13	1.11
27	2.02	1.09	2.34	1.09	27	2.11	1.09	2.47	1.14
28	1.59	0.92	1.97	1.13	28	1.80	0.99	2.00	1.06
29	2.01	1.12	2.01	1.03	29	2.03	1.09	2.14	1.11
30	2.36	1.20	2.64	1.13	30	2.34	1.19	2.68	1.17
31	2.15	1.09	2.22	1.07	31	2.09	1.00	2.31	1.07
32	2.40	1.06	2.32	1.05	32	2.55	1.10	2.58	1.14
33	3.12	1.24	3.49	1.09	33	3.29	1.07	3.34	1.10
34	2.23	1.03	2.60	1.01	34	2.42	1.07	2.73	1.08
35	2.72	1.10	2.85	1.06	35	2.79	1.06	2.86	1.11
36	2.52	1.10	2.76	1.12	36	2.74	1.14	2.90	1.08
37	2.41	1.13	2.44	0.99	37	2.19	1.01	2.42	1.02
38	2.67	1.13	3.02	1.11	38	2.70	1.07	2.84	1.10

Estudantes universitários					Adultos da comunidade				
Homens		Mulheres			Homens		Mulheres		
Item	M	DP	M	DP	Item	M	DP	M	DP
39	1.95	1.01	2.29	1.08	39	2.09	0.97	2.32	1.08
40	2.32	1.14	2.74	1.14	40	2.48	1.18	2.88	1.20
41	3.46	1.06	3.53	0.94	41	3.52	1.05	3.55	0.97
42	2.35	1.19	2.14	1.15	42	2.44	1.17	2.23	1.12
43	2.53	1.24	2.74	1.16	43	2.85	1.23	2.88	1.23
44	3.05	1.18	3.25	1.01	44	3.49	1.04	3.64	1.02
45	3.44	1.20	3.75	1.03	45	3.66	1.09	3.81	0.95
46	2.37	1.14	2.21	1.01	46	2.76	1.14	2.58	1.06
47	2.41	1.09	2.75	1.14	47	2.50	1.02	2.70	1.16
48	1.94	0.89	2.28	1.06	48	2.19	1.03	2.36	1.05
49	2.16	0.99	2.27	0.95	49	2.11	0.99	2.27	1.02
50	2.17	0.96	2.23	0.93	50	2.32	1.04	2.45	1.10
51	2.93	1.27	3.57	1.11	51	2.96	1.11	3.35	1.11
52	2.80	1.21	2.93	1.27	52	2.75	1.18	3.06	1.14
53	3.09	1.09	3.34	0.99	53	3.24	1.04	3.41	1.04
54	2.16	0.87	2.32	0.89	54	2.26	0.89	2.35	0.94
55	2.26	1.19	2.70	1.27	55	2.24	1.09	2.70	1.24
56	2.19	1.01	2.63	1.06	56	2.43	1.06	2.61	1.11
57	1.97	1.03	1.96	0.95	57	2.27	1.06	2.33	1.12
58	2.28	0.97	2.28	0.96	58	2.53	1.02	2.66	1.09
59	1.86	1.00	2.02	1.05	59	2.03	0.99	2.31	1.15
60	2.25	1.10	2.25	1.07	60	2.37	1.13	2.41	1.12
61	2.17	1.07	2.33	1.10	61	2.28	1.09	2.46	1.08
62	1.62	0.94	1.91	1.13	62	1.71	0.96	2.06	1.12
63	2.09	0.92	2.52	1.08	63	2.32	1.03	2.47	1.08
64	1.97	0.92	1.87	0.79	64	2.06	0.96	2.09	0.94
65	2.12	0.96	2.43	1.00	65	2.39	0.98	2.57	1.12
66	1.75	0.96	1.91	1.04	66	2.03	1.09	2.22	1.15
67	2.43	1.16	2.50	1.04	67	2.59	1.13	2.48	1.07
68	2.38	1.03	2.68	1.05	68	2.69	1.02	2.67	1.12
69	2.06	0.97	2.37	1.06	69	2.40	1.11	2.78	1.18
70	2.55	1.15	2.67	1.13	70	2.96	1.11	3.16	1.13
71	3.03	1.13	3.48	0.99	71	3.24	1.07	3.43	1.04
72	3.11	1.11	3.44	1.04	72	3.00	1.07	3.00	1.12
73	2.39	1.06	2.41	1.04	73	2.27	1.03	2.29	1.03
74	1.89	0.94	2.09	1.01	74	2.13	1.00	2.28	1.07
75	2.20	0.96	2.61	1.16	75	2.21	1.01	2.55	1.10
76	2.84	1.16	2.65	1.07	76	2.48	1.03	2.53	1.06
77	1.76	0.95	1.70	0.94	77	2.01	1.05	1.90	0.94
78	1.85	0.92	1.97	0.93	78	2.11	0.88	2.12	0.95
79	2.99	1.33	3.41	1.21	79	3.06	1.19	3.27	1.20
80	1.94	1.03	2.00	1.02	80	2.22	1.09	2.25	1.13

9- Consistência interna

Calcularam-se os valores de alfa de Cronbach para os 80 itens do ITD. O resultado foi de 0.97 na amostra de estudantes universitários e igualmente de 0.97 na amostra de adultos da comunidade. Estes resultados apoiam a consistência interna do inventário.

10- Precisão teste-reteste

Para estudar a precisão teste-reteste utilizou-se uma amostra de conveniência de 93 estudantes universitários. Todos os sujeitos eram do sexo feminino. Realizaram-se aplicações em dois momentos com nove semanas de intervalo. Calculou-se o valor da correlação entre o resultado no ITD nas duas aplicações. O valor foi de 0.80 ($p < 0.001$) o que suporta a precisão teste-reteste do inventário.

Trata-se de um valor com uma magnitude elevada. Esperar-se-ia que o valor da correlação fosse significativo e elevado se a natureza da variável em estudo fosse de traço. Por definição, os traços tendem a ser estáveis. Obtêm-se valores da magnitude daquele que foi obtido com o ITD com outras amostras e com inventários que avaliam constructos próximos. No estudo de Silva e Campos (1998), por exemplo, a escala de ansiedade traço da versão portuguesa do STAI apresentou um valor de correlação teste-reteste de 0.80, com um intervalo entre aplicações de 60 dias. Noutro caso de uma variável também considerada de traço, o auto-criticismo avaliado pelo QED (Blatt et al., 1979), este mostrou-se igualmente estável, apresentando a escala que o avalia uma correlação teste-reteste de 0.75, com um intervalo de 13 semanas (Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers & Franko, 1983).

11- Validade concorrente

Para estudar a validade concorrente do ITD, e recorrendo à amostra de estudantes universitários utilizada para obter os dados normativos, calcularam-se os valores de correlação entre o resultado no ITD e os resultados num conjunto de outras medidas de avaliação de características depressivas: a versão portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011) do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), a versão portuguesa (Campos & Gonçalves, 2006) do Inventário de Perturbação Depressiva da Personalidade (DPDI; Huprich et al., 1996) e o Questionário de História Depressiva (QHD; Campos, Gonçalves, & Thalbourne, 2009). O valor de correlação entre o ITD e o BDI-II foi de 0.70, entre o ITD e o DPDI foi de 0.89 e entre o ITD e o QHD foi de 0.58. Estes valores são todos significativos.

De referir que a correlação significativa entre o ITD e o BDI-II mostra que existe uma relação entre traços depressivos e sintomas depressivos avaliados num dado momento. Verifica-se também que são precisamente os sujeitos que

apresentam mais traços depressivos que relatam momentos anteriores de depressão mais significativos, aspecto que se pode depreender da correlação significativa que se obtém entre o ITD e o QHD. Como foi referido no capítulo da fundamentação teórica, os sujeitos com muitos traços depressivos são vulneráveis a apresentar sintomas depressivos num dado momento. Krohne et al. (2002), utilizando um instrumento que avalia a depressão-traço, as Escalas de Estado-Traço de Depressão (Spielberger, 1995), verificaram que a escala de traço depressivo da versão americana apresentou um valor de correlação de 0.73 com o BDI, e de 0.79 com a CES-D. No caso da versão alemã, os valores foram, respectivamente, de 0.67 e de 0.70. A correlação obtida por Endler et al. (2000) entre o BDI e a escala de traço depressivo do inventário de Spielberger foi de 0.65, um resultado também próximo do que se obteve agora entre o BDI-II e o ITD (0.70).

Calcularam-se também os valores de correlação entre as escalas de padrões clínicos de personalidade do Inventário Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI-II; Millon, 1994) e o ITD, que são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Valores de correlação entre as escalas de padrões clínicos de personalidade do MCMI-II e o ITD

Escala do MCMI-II	r
1- Esquizóide	0.55*
2- Evitante	0.73*
3- Dependente	0.47*
4- Histriónico	-0.07
5- Narcísico	-0.20
6A- Anti-social	-0.09
6B- Agressivo	-0.08
7- Compulsivo	0.02
8A- Passivo-agressivo	0.42*
8B- Auto-destrutivo	0.73*

Nota: * $p < 0.001$

O padrão de correlações do ITD com as escalas do MCMI-II acrescenta evidências adicionais da validade concorrente do inventário. Verifica-se que o resultado no ITD se correlacionou significativamente com as escalas de padrões clínicos esquizóide, evitante, dependente, passivo-agressivo e auto-destrutivo. Pode pensar-se que estes traços de personalidade são, de alguma forma, abarcadas num conceito lato de personalidade depressiva, pelo que se esperaria um correlação significativa entre as escalas que os avaliam e o ITD.

Os resultados de Huprich et al. (2002) com o DPDI vão no mesmo sentido dos obtidos com o ITD. Obtiveram valores de correlação significativos entre o resultado no DPDI e várias perturbações da personalidade avaliadas pela entrevista diagnóstica para o DSM-IV (SCID-II), entre elas, as perturbações evitante, esquizóide e dependente. A correlação não foi significativa no caso das perturbações obsessivo-compulsiva, histriónica, anti-social, mas foi, ainda que com um valor de uma magnitude reduzida, com a perturbação narcísica. Existem aspectos comuns entre as perturbações esquizóide, evitante e depressiva da personalidade, como foram conceptualizados por Millon (1994, 1996). São o pessimismo, a falta de alegria, a incapacidade de sentir prazer e a lentificação psicomotora. As pessoas com qualquer um destes padrões de personalidade não experienciam prazer, mas por razões diferentes: deficiência, orientação ou antecipação do sofrimento e desespero acerca do futuro, respectivamente. Millon e Davis (1996) agrupam precisamente as perturbações, esquizóide, evitante e depressiva no grupo das personalidades com um *défice na capacidade de sentir prazer*. Um padrão associal, de retirada e de desistência, definiriam, respectivamente, as três perturbações.

Por outro lado, no que respeita à correlação da escala de padrão dependente com o ITD, de referir que se teve o cuidado de incorporar no inventário itens relacionados com um vertente anaclítica da depressão, pelo que se esperaria tal correlação significativa.

O ITD também se correlacionou de forma significativa com a escala de padrão auto-destrutivo do MCMI-II. Widiger et al. (1994) salientam que, do ponto de vista das características da personalidade, de acordo com o modelo dos cinco factores, a perturbação depressiva e auto-destrutiva se assemelham muito. A própria concepção de Kernberg (1970, 1988) reúne numa mesma 'estrutura', características depressivas e masoquistas.

No que respeita à correlação significativa do ITD com a escala de padrão passivo-agressivo, de referir que os indivíduos com perturbação passivo-agressiva, como é conceptualizada por Millon (1994), apresentam uma luta interna entre duas tendências: tentar conseguir as suas próprias gratificações ou aceitar as gratificações oferecidas pelos outros, oscilando entre uma atitude de deferência e de desafio. Têm um padrão errático de comportamentos de raiva explosiva e teimosia, oscilando com períodos de culpa e vergonha. Os sujeitos com este padrão apresentam uma atitude de certo modo ambivalente para com os outros, o que lembra também alguns aspectos da descrição de Kernberg da perturbação depressiva-masoquista. Parece que esta ambivalência caracteriza também a personalidade depressiva como foi conceptualizada e operacionalizada no ITD; associada a uma certa oscilação entre irritabilidade e a culpa e o medo por ter vivenciado esse sentimento face aos outros.

Calculou-se ainda, recorrendo para isso à amostra de adultos da comunidade, as correlações entre o ITD e a versão portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2004) da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), a versão portuguesa do BDI-II e a versão portuguesa (Campos, 2009b; Campos, Besser & Blatt, 2013) do Questionário de Experiências Depressivas (Blatt et al., 1976). Os resultados são apresentados na tabela 6.

De referir que as correlações significativas entre o ITD e o BDI-II e a CES-D mostram uma vez mais que existe uma relação entre traços depressivos e sintomas depressivos vivenciados num dado momento. Por outro lado, as correlações significativas do ITD com as escalas do QED, que são também medidas de dimensões tipo traço da depressão, apoiam também a validade concorrente do ITD. Note-se que a correlação é mais fraca com a escala de dependência do QED do que com a escala de auto-criticismo, como acontece aliás com as correlações destas duas escalas do QED com outras medidas de depressão (veja-se Blatt, 2004). No entanto, quando se considera a sub-escala de necessidade (componente desadaptativa da dependência), a magnitude da correlação com o ITD é idêntica à obtida para o auto-criticismo.

Tabela 6. Valores de correlação entre os resultados obtidos no ITD e noutros questionários

	ITD
BDI-II	0.75
CES-D	0.73
QED dependência	0.29
QED auto-criticismo	0.64
QED Necessidade	0.59

Nota: Todos os valores são significativos para $p < 0.001$.

12- Validade referenciada por um critério

Para obter evidências adicionais da validade do inventário, compararam-se os resultados obtidos pela amostra de adultos da comunidade com uma amostra clínica psiquiátrica de indivíduos com perturbação depressiva. A amostra clínica era composta por 31 sujeitos, 45.2% com perturbação depressiva major, 48.4% com distímia e 6.5% com perturbação depressiva SOE. Cinco sujeitos (16.1%) eram do sexo masculino e 26 (83.87%) eram do sexo feminino. As idades variaram entre os 19 e os 70 anos ($M=37.6$, $DP=13.8$). A escolaridade média era de 11,2 anos. O resultado médio obtido pela amostra clínica foi de 276.1 ($DP=33.5$) e é significativamente mais elevado ($t= 7.79$, $p < 0.001$) do que o resultado obtido pela amostra de adultos da comunidade ($M= 209.0$, $DP= 47.1$).

Era espectável que os sujeitos da amostra clínica apresentassem resultados significativamente mais elevados no ITD (mais traços depressivos) por estarem cronicamente deprimidos ou por terem maior vulnerabilidade para episódios recorrentes de depressão.

13- Validade preditiva

Para testar a validade preditiva do inventário e ao mesmo tempo a formulação teórica de que os traços depressivos podem prever a ocorrência de sintomas depressivos, correlacionou-se o resultado obtido no ITD pela amostra de conveniência de 93 estudantes universitárias (a mesma que foi utilizada para estudar a precisão teste-reteste) e o resultado obtido no BDI-II nove semanas depois, sendo o valor significativo ($r= 0.57$, $p< 0.001$). Este resultado suporta a validade preditiva do instrumento.

14- Validade de constructo

No sentido de obter evidências sobre a validade convergente e discriminante do instrumento, aplicou-se o ITD e as versões portuguesas do DPDI, da CES-D e a versão portuguesa (Silva, 2003) das escalas de ansiedade-estado e ansiedade-traço do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (Spielberger et col., 1983) a uma amostra de 62 estudantes universitários em dois momentos diferentes com 11 semanas de intervalo. Correlacionou-se o resultado obtido no ITD no momento 1 com os resultados obtidos nos outros instrumentos no momento 2. Este procedimento teve como objectivo evitar uma sobrestimação dos valores de correlação, devido a um viés relacionado com o facto de todas as medias serem obtidas no mesmo momento (*cross sectional bias*). Verificou-se que os valores de correlação foram todos significativos. A correlação do ITD com as escalas de estado, a CES-D e escala de ansiedade-estado do STAI, foram, como era expectável, de magnitude mais baixa, respectivamente de 0.44 e 0.56. O valor de correlação do ITD com a escala de ansiedade-traço do STAI foi de 0.66, e o valor de correlação com a outra medida de depressão-traço, o DPDI, foi, como também era esperado, o mais elevado, 0.78.

15- Estudos factoriais

Para estudar a estrutura factorial do instrumento realizaram-se análises em componentes principais aos itens do ITD, em separado, com a amostra de estudantes universitários (a que foi utilizada para obtenção dos dados normativos) e com a amostra de adultos da comunidade. No primeiro caso, a análise em componentes principais revelou a existência de seis factores. Os valores próprios dos seis factores foram respectivamente: 24.52, 3.54, 2.57, 1.84, 1.74 e 1.65. A escolha do número de factores a considerar foi efectuada utilizando o método da *Análise Paralela* (Horn, 1965).

De seguida procedeu-se à *rotação varimax* dos factores. Considerou-se como 'pertencendo' a cada factor os itens que apresentavam valores de saturação iguais ou superiores a 0.35. Segundo Moreira (2004, p. 461) não há forma de estabelecer *critérios definidos e objectivos* para a escolha do valor de saturação mínimo para considerar um item como pertencendo a um dado factor, o que se

relaciona com o *aspecto artístico* da análise factorial. Na análise em componentes principais, o valor de 0.50 constitui, na sua opinião, um *bom ponto de partida*. Por outro lado, refere que alguns autores apresentam o valor de 0.30 como um limite inferior mínimo. Neste trabalho adoptou-se uma posição intermédia e um 'ponto de corte' idêntico ao utilizado por Beck et al. (1996) para o Inventário de Depressão de Beck-II, o valor 0.35.

Apenas 7 dos 80 itens não apresentaram valores de saturação iguais ou superiores a 0.35 com pelo menos um dos factores e, apenas dois itens, o item 43 e o item 79, não apresentam um valor de saturação de pelo menos 0.30 com pelo menos um dos factores, aproximando-se, no entanto, desse valor, respectivamente com saturações de 0.29 e 0.28. Vinte e três itens apresentaram uma saturação igual ou superior a 0.35 com mais do que um factor. Neste caso, o item foi atribuído ao factor no qual apresentava a saturação mais elevada.

Após a rotação, o primeiro factor explica 8,98% do total da variância, o segundo 6.17%, o terceiro 11.90%, o quarto 7.27%, o quinto 5.75% e o sexto 4.77% do total da variância. Em conjunto, os seis factores explicam 44.84% da variância. O valor médio de inter-correlação entre os factores é relativamente elevado (0.63) e todas os valores de inter-correlação entre os factores são significativos ($p < 0.001$). Realizou-se também uma análise em componentes principais aos seis factores do ITD (análise de segunda ordem). Obteve-se um único factor com um valor próprio de 4.10 e que explica 68.40% da variância. As saturações dos seis factores neste factor de segunda ordem são respectivamente: 0.82, 0.83, 0.89, 0.90, 0.80 e 0.70. Note-se, todavia, que os factores que compõem o ITD parecem de alguma forma pouco específicos, porque bastantes itens saturam em mais do que um factor. Parece lógico pensar que este aspecto terá a ver com o facto do inventário não medir dimensões totalmente independentes, mas antes, que se relacionam entre si. A magnitude elevada e significativa dos valores de inter-correlação entre os factores apoia esta ideia. Ter-se obtido um único factor de segunda ordem indicará, precisamente, que o instrumento avalia um constructo global unitário, que se pode denominar de personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade, mas que apresenta diferentes facetas. Trata-se de um resultado que abona em favor de uma visão unicista da personalidade depressiva.

Utilizaram-se os mesmos procedimentos com a amostra de adultos da comunidade. Neste caso obtiveram-se igualmente 6 factores. Os valores próprios dos seis factores foram respectivamente: 25.05, 3,56, 2.46, 2.07, 1.79 e 1.75. A escolha do número de factores a considerar foi efectuada utilizando igualmente o método da *Análise Paralela*. Em conjunto, os seis factores explicam 45.86% da variância.

16- Obtenção de escalas factoriais

No sentido de desenvolver escalas factoriais, analisou-se que itens apresentavam o mesmo comportamento em ambas as amostras, ou seja, que saturavam num mesmo factor na mostra de estudante e na amostra de adultos da comunidade. Verificou-se que cerca de metade dos 80 itens, mais concretamente

41, saturavam num mesmo factor em ambas as amostras, distribuindo-se por cinco factores, 12 num primeiro factor, 10 num segundo factor, 10 num terceiro, cinco num quarto factor e quatro num quinto factor. Tendo em conta os itens que saturavam nos cinco factores denominámo-los de: *depressão essencial*, *depressão inibida*, *depressão de fracasso*, *depressão perfeccionista* e *depressão relacional*.

As cinco escalas apresentam uma consistência interna adequada numa amostra de 1042 indivíduos (que engloba a amostra de estudantes universitários - utilizada para obter os dados normativos - a de adultos da comunidade e a amostra de pacientes depressivos). A escala I apresenta um alfa de Cronbach de 0.93, a escala II um alfa de 0.84, a escala III de 0.85, a escala IV um alfa de Cronbach de 0.70 e a escala V de 0.73. Os itens que compõem a escala I são o 6, 27, 29, 34, 40, 56, 61, 62, 66, 67, 69 e o 80. A escala II é composta pelos itens 7, 37, 42, 47, 49, 57, 58, 60, 64 e 74. Os itens que compõem a escala III são o 16, 17, 18, 21, 24, 28, 36, 39, 48 e o 75. A escala IV é composta pelos itens 35, 41, 45, 53 e 71 e, finalmente, a escala V pelos itens 11, 26, 38 e 51.

Correlacionaram-se os resultados obtidos pela amostra de adultos da comunidade nas cinco escalas factoriais do ITD e nas escalas do QED. Estes resultados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7. Valores de correlação entre os resultados obtidos nos factores e do ITD e nas escalas de QED

	Necessidade	Auto- criticismo	Eficácia
Factor 1	0.49 **	0.56 **	-0.18 *
Factor 2	0.41 **	0.36 **	-0.27 **
Factor 3	0.54 **	0.62 **	-0.14
Factor 4	0.37 **	0.42 **	0.25 **
Factor 5	0.61 **	0.40 **	0.06

Nota: * $p < 0.05$, ** < 0.001 .

Também se correlacionaram os resultados nas cinco escalas factoriais do ITD com os resultados no DPDI e na escala de traço de ansiedade do STAI, obtidos pela amostra de estudantes universitários (utilizada no estudo da validade de constructo). O DPDI apresentou, respectivamente, as seguintes correlações com os factores do ITD: 0.77, 0.74, 0.82, 0.69 e 0.73. Por outro lado, as correlações da escala de ansiedade traço do STAI com os cinco factores do ITD foram respectivamente: 0.81, 0.75, 0.79, 0.64 e 0.72. Todos os valores são significativos para $p < 0.001$.

Finalmente, correlacionaram-se os resultados nas cinco escalas factoriais do ITD com os resultados nas escalas de padrões de personalidade do MCMI-II obtidos pela amostra de estudantes universitários (utilizada para obtenção dos dados normativos). Estes resultados encontram-se na Tabela 8.

Tendo por base os resultados das correlações obtidas entre as escalas factoriais do ITD e os resultados noutras provas (bem como os itens que saturam em cada uma dos factores) parece-nos que corroboram a existência de diferentes facetas da personalidade depressiva. Assim o factor I parece-nos claramente ligado a uma dimensão "depressiva", anódica, ansiosa, pessimista e de 'retirada' da personalidade depressiva que a aproxima da perturbação depressiva da personalidade da escola psiquiátrica. O factor II remete para uma dimensão mais 'esquizóide' da personalidade depressiva, pensamos, de evitamento e imaturidade, com uma forte inibição da agressividade e retirada. O factor III aproxima-se de uma dimensão auto-crítica, de desvalorização pessoal, fracasso e incapacidade, vividas, nomeadamente, na relação com o outro. O factor IV parece apontar para uma dimensão de rigidez e perfeccionismo, mas que pode conter um aspecto adaptativo, dado que pode igualmente marcar a presença de perseverança e sentimentos de eficácia. Finalmente, o factor V contém uma dimensão relacional ou interpessoal da personalidade depressiva, com vulnerabilidade à perda e ao abandono.

Tabela 8. Valores de correlação entre as escalas de padrões clínicos de personalidade do MCMI-II e o factores do ITD

Escala do MCMI-II	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
1- Esquizóide	0.51***	0.56***	0.48***	0.27*	0.23*
2- Evitante	0.67***	0.57***	0.68***	0.44***	0.48***
3- Dependente	0.22	0.27*	0.54***	0.53***	0.29**
4- Histriónico	-0.09	-0.40***	-0.08	0.21	0.05
5- Narcísico	-0.10	-0.37***	-0.25*	-0.01	-0.14
6A- Anti-social	0.03	-0.22	-0.20	-0.04	-0.05
6B- Agressivo	0.03	-0.31**	-0.18	0.02	0.04
7- Compulsivo	-0.09	0.17	0.05	0.03	-0.09
8A- Passivo-agressivo	0.42***	0.06	0.31**	0.33**	0.42***
8B- Auto-destrutivo	0.65***	0.33**	0.69***	0.55***	0.52***

Nota: * p< 0.05, ** p< 0.01, *** p< 0.001

17- Estudo preliminar com uma amostra de adolescentes

O ITD foi aplicado a uma amostra de conveniência de 104 adolescentes do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade. A idade dos sujeitos variou entre os 15 e os 19 anos (M= 16.7, DP= 1.2), sendo que 51 sujeitos (49.0%) eram do sexo masculino e 53 (51.0%) do sexo feminino. O valor médio de inter-correlação entre os itens foi

de 0.28 e o alfa de Cronbach foi de 0.97. O resultado total médio no ITD foi de 210.9 (DP= 47.1) e não difere significativamente do resultado médio obtido pela amostra de estudantes universitários (M= 201.6, DP= 46.0).

18- Obtenção de uma forma reduzida e dados sobre a sua validade

Os resultados obtidos com uma forma reduzida de 41 itens (composta pelos itens que compõem os cinco factores anteriormente descritos) mostram que é do ponto de vista psicométrico equivalente à forma longa. Os valores de correlação com outros questionários, BDI-II, DPDI, QED, CES-D e MCMI-II, são similares aos obtidos com a forma longa. Os resultados (médias e desvios-padrão) obtidos pelas amostras de estudantes universitários (a que foi utilizada para obter os dados normativos) e da comunidade encontram-se na tabela 9. As duas formas apresentam uma correlação de 0.98 quer na amostra de estudantes, quer na amostra da comunidade. O valor do alfa de Cronbach da forma reduzida é de 0.95 na amostra de estudantes universitários e igualmente de 0.95 na amostra de adultos da comunidade. O valor de precisão teste-reteste obtido com a amostra de 93 estudantes universitários é de 0.80. A amostra da comunidade apresenta um valor médio (M= 102.3, DP= 25.8) significativamente inferior ($t= 7.59$, $p < 0.001$) ao da amostra clínica (M= 139.4, DP= 19.7). A correlação entre o resultado obtido na forma reduzida pela amostra de conveniência de 93 estudantes universitárias e o resultado obtido no BDI-II nove semanas depois foi significativo ($r= 0.54$, $p < 0.001$). Este resultado suporta a validade preditiva da versão reduzida do instrumento.

Tabela 9: Resultados (médias e desvios-padrão) obtidos pelas diferentes sub-amostras de sujeitos na versão reduzida do ITD

Estudantes Universitários						Adultos da comunidade					
Total		Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres	
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
99.7	25.3	94.5	24.5	103.3	25.2	103.0	25.4	99.9	24,1	106.1	26.4

Relativamente à validade convergente e discriminante, correlacionou-se o resultado no ITD com os resultados no DPDI, na CES-D e nas escalas de ansiedade-estado e ansiedade-traço do STAI obtidos pela amostra de 62 estudantes universitários anteriormente descrita. Os valores de correlação são muito semelhantes aos obtidos com a forma longa.

Em conjunto os resultados suportam a validade da forma reduzida do instrumento.

III- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1997). *Psychological testing and assessment*. Needham Height: Allyn and Bacon.
- Akiskal, H. S. (1991). Chronic depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 156-171.
- Akiskal, H. S. (1997). Overview of chronic depressions and their clinical management. In H. S. Akiskal & G. B. Cassano (Eds.), *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions* (pp. 1-33). New York: Guilford Press.
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., & Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.) Uper Saddle River. NJ: Prentice-Hall.
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1365-1369.
- Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2000).
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Schuller, D. R. (2003). Depressive personality disorder: A critical overview. *Current Psychiatry Reports*, 5, 16-22.
- Bagby, R. M., Schuller D. R., Parker, J. D., Levitt, A., Joffe, R. T., & Shafir, S. (1994). Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 151, 597-599.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, & J. E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Beck, A. T, Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory-II Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Bemporad, J. R. (1973). New views on the psychodynamics of depressive character. In S. Arieti (Ed.), *World biennial of Psychiatry* (pp. 219-243). New York, NY: Basic Books.
- Berliner, B. (1966). Psychodynamics of depressive character. *Psychoanalytic Forum*, 1, 244-251.
- Besser, A. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary lines of personality development and experiences of depression. *Personality and Individual Differences*, 38, 1487-1490.
- Besser, A., Priel, B., Flett, L. G., & Wiznitzer, A. (2007). Linear and nonlinear models in vulnerability to depression: Personality and postpartum depression in a high risk population. *Individual Differences Research*, 5, 1-29.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
-

- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press
- Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 383-389.
- Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished Manual, Yale University, New Haven, CT.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6*, 187-254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, separation and depression* (vol 3). New York: Basic Books.
- Campos, R. C. (2009a). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Campos, R. C. (2009b). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual*. Évora: Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). The Portuguese version of the Depressive Experiences Questionnaire: Results from a validation program in clinical and non clinical samples. *Spanish Journal of Psychology, 16*, 1-13.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2006). Dados psicométricos preliminares da versão portuguesa do Inventário de Perturbação Depressiva da Personalidade. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 125-129). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment, 27*, 258-264.
- Campos, R. C., Gonçalves, B., & Thalbourne, M. (2009). Preliminary psychometric data for a Portuguese scale to assess history of depressive symptomatology with a college student sample. *Psychological Reports, 104*, 1015-1018.
- Chodoff, P. (1972). The depressive personality: A critical review. *Archives of General Psychiatry, 27*, 666-673.
- Coimbra de Matos, A. (1982). A relação depressiva. *O Médico, 108*, 559-560.
- Coimbra de Matos, A. (1986). Depressão: Estrutura e funcionamento. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 4*, 75-84.
-

- Coimbra de Matos, A. (1995). A propósito da depressão. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 10, 7-9.
- Coimbra de Matos, A. (1996). A depressão na infância e na adolescência. Comunicação apresentada no VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Beja, 12 de Dezembro.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Costa, T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Borger, S. C., & Parker, J. D. A. (1999). The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 15-24.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Larsen, D. K. (2001). The continuity of depression symptoms: Use of cluster analysis for profile identification in patient and student samples. *Journal of Affective Disorders*, 65, 67-73.
- Davis, S. E., & Hays, L. W. (1997). An examination of the clinical validity of the MCMI-III depressive personality scale. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 15-23.
- Endler, N. S., Macrodimitris, S. D., & Kocovski, N. L. (2000). Depression: The complexity of self-report measures. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 26-46.
- Eusanio, A. M. (1978). Personality characteristics of depressed women. *Dissertation Abstracts International*, 38(11-B), 5564.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Mittelstaedt, W. M. (1991). Dysphoria and components of self-punitiveness: A re-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 201-219.
- Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121, 395-416.
- Franché, R., & Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 419-435.
- Freud, S. (1917/1980). *Luto e melancolia* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud - vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Golden, C., Sawicki, R., & Franzen, M. (1984). Test construction. In G. Goldstein, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 19-37). New York: Pergamon Press.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 339-348.
-

- Hankin, B. J., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 96-110.
- Hartlage, S., Arduino, K., & Alloy, L. B. (1998). Depressive personality characteristics: State dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current depression. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 349-354.
- Haslam, N. (2007). *Introduction to personality and intelligence*. London: Sage.
- Haynes, P. L., Ancoli-Israel, S., & McQuaid, J. (2005). Illuminating the impact of habitual behaviors in depression. *Chronobiology International, 22*, 279-297.
- Hewitt, P. L., Ediger, E., & Flett, G. L. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 276-280.
- Hirschfeld, R., Klerman, G., Lavori, P., Keller, M., Griffith, P., & Coryell, W. (1989). Premorbid personality assessment of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry, 46*, 345-350.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor-analysis. *Psychometrika, 30*, 179-185.
- Huprich, S. K. (1998). Depressive personality: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review, 18*, 477-500.
- Huprich, S. K., Margaret, J., Barthelemy, K. J., & Fine, M. A. (1996). Depressive Personality Disorder Inventory: An initial examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 139-159.
- Huprich, S. K., Sanford, K., & Smith, M. (2002). Psychometric evaluation of the Depressive Personality Disorder Inventory. *Journal of Personality Disorders, 16*, 255-269.
- Jones, E. E. (1998). Depression: Intervention as assessment. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 267-297). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18*, 800-822.
- Kernberg, O. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 36*, 1005-1029.
- Klein, D. N. (1990). Depressive personality: Reliability, validity and relation to dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 412-421.
- Klein, D. N., Durbin, C. E., Shankman, S. A., & Santiago, N. J. (2002). Depression and personality. In I. H. Gotlib, & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 115-140). New York, NY: Guilford Press.
- Klein, D. N., Harding, K., Taylor, E. B., & Dickstein, S. (1988). Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 399-404.
- Klein, D. N., & Miller, G. A. (1997). Depressive personality: Relationship to dysthymia and major depression. In H. S. Akiskal, & G. B. Cassano (Eds.), *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions* (pp. 87-95). New York: The Guilford Press.
-

- Klein, D. N., & Vocisano, C. (1999). Depressive and self-defeating (masochistic) personality disorders. In T. Millon, P. H. Blaney, & R. D. Davis (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 653-673). New York: Oxford University Press.
- Klein, M. H., Wonderlich, S., & Shea, M. T. (1993). Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In M. H. Klein, D. J. Kupfer, & T. Shea (Eds.), *Personality and depression: A current view* (pp. 1-54). New York: Guilford Press.
- Kline, P. (1998). *The new psychometrics: Science, Psychology and measurement*. London: Routledge.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Koldobsky, N. (2003). Personalidad depresiva. In H. J. Chappa (Ed.), *Distimia y otras depresiones crónicas: Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo-social* (pp. 53-64). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic depressive insanity and paranoia*. Chicago: Chicago Medical Book.
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and character: An investigation of the nature of constitution and the theory of temperament*. New York: Harcourt, Brace.
- Krohne, H. W., Schmukle, S. C., Spaderna, H., & Spielberger, C. D. (2002). The State-trait Depression Scales: An international comparison. *Anxiety, Stress and Coping, 15*, 105-122.
- Laughlin, H. P. (1956). *The neuroses in clinical practice*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Lima, M. P. (1997). *NEO PI-R: Contextos teóricos e psicométricos "OCEAN" ou "iceberg"*. Tese de Doutorado em Psicologia (Psicologia do Desenvolvimento), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lubin, B. (1994). *The ST-Depression Adjective Check-Lists: Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person. *Journal of Personality, 63*, 365-396.
- McAdams, D. P., & Pals, J. I. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist, 61*, 204-217.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1996). *Personality and psychopathology: Building a clinical science* (2nd ed.). Oxford: John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Davis, R. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Moreira, J. M. (1999). A razão de erros-padrões: Um critério objectivo para o teste do "Cotovelo" na determinação do número de factores na Análise em Componentes Principais. *Revista Portuguesa de Psicologia, 34*, 111-147.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
-

- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10*, 279-297.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: MacGraw-Hill Book Company.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: MacGraw-Hill.
- Ouimette, P. C., & Klein, D. N. (1993). Convergence of psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of Depression: An empirical review and new data on Blatt's and Beck's models. In J. M. Masling, & R. F. Bornstein (Eds.), *Psychoanalytic perspectives on psychopathology* (pp. 191-223). Washington, DC: American Psychological Association.
- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. A., & Smith, L. E. (1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry, 147*, 830-837.
- Phillips, K. A., Hirschfeld, R. M. A., Shea, M. T., & Gunderson, J. G. (1993). Depressive personality disorder: Perspectives for the DSM-IV. *Journal of Personality Disorders, 71*, 30-42.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rado, S. (1951). Psychodynamics of depression from the etiologic point of view. *Psychosomatic Medicine, 13*, 51-55.
- Riesenmy, K. R., Lubin, B., Van Whitlock, R., & Penick, E. C. (1995). Psychometric characteristics of the trait version of the Depression Adjective Check Lists (DACL) in adult psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 13-17.
- Ritterband, L. M., & Spielberger, C. D. (1996). Construct validity of Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress, 2*, 123-145.
- Robins, C. J. (1995). Personality-event interaction models of depression. *European Journal of Personality, 9*, 367-378.
- Rorer, L. G. (1965). The great response style myth. *Psychological Bulletin, 63*, 129-156.
- Rosenbaum, M., Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1996). Distinguishing between state-dependent and non-state-dependent depression-related psychosocial variables. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 341-358.
- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry, 10*, 337-352.
- Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Bagby, R. M. (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *Journal of Affective Disorders, 91*, 217-227.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton.
-

- Shea, M. T., & Yen, S. (2005). Personality traits, disorders and depression: A summary of conceptual and empirical findings. In M. Rosenluth, S. Kennedy, & M. R. Bagby (Eds.), *Personality and depression: Conceptual and clinical challenges* (pp. 43-64). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Silva, D. R. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado, *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp.47-63). Coimbra: Quarteto.
- Silva, D. R., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Simons, R. C. (1987). Psychoanalytic contributions to psychiatric nosology: Forms of masochistic behavior. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 583-608.
- Spielberger, C. D. (1995). *State-Trait Depression Scales (Form X-1)*. Palo Alto: Mind Garden.
- Spielberger, C. D. et col. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Trull, T. J., Widiger, T. A., & Guthrie, P. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 40-48.
- Widiger, T. A., Trull, T. S., Clarkin, J. E., Sanderson, C., & Costa, P. T. (1994). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five factor model of personality. In P. T. Costa, & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 41-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226-241.
- Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.
-



Rui C. Campos é Professor Auxiliar do Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora. É responsável pela unidade curricular de Psicopatologia e por unidades curriculares de avaliação psicológica e orientador de Estágios em Psicologia Clínica e da Saúde do Mestrado em Psicologia. É doutor em Psicologia pela Universidade de Évora com uma tese na área da avaliação da personalidade e mestre em Psicologia Clínica pela FPCE da Universidade de Lisboa. É membro do Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE) e coordenador da Linha de Investigação WellPsi - Bem estar, Psicopatologia e Desenvolvimento. É Psicólogo Clínico e autor de outros instrumentos de avaliação de características depressivas, originais ou adaptados para a população portuguesa, como o Questionário de Experiências Depressivas ou o Questionário de História Depressiva. É autor de diversos trabalhos publicados em revistas internacionais nas áreas da Avaliação Psicológica e da Psicopatologia. Recebeu o prémio Cegoc 2008 pelo seu trabalho com o Inventário de Traços Depressivos.

ISBN 978-989-8339-21-8



9 789898 339218