



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
EM EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Questionário de Experiências Depressivas Manual Técnico

Edição Actualizada e Revista

Rui C. Campos

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

2016

Questionário de Experiências Depressivas: Manual Técnico -
Edição Actualizada e Revista

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

Évora, 2016

ISBN: 978-989-8339-22-5

1ª edição - 2009 - Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais,
Universidade de Évora

Versão Original do questionário: Depressive Experiences Questionnaire
Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan (1976, 1979)

© Copyright: Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti and Donald Quinlan

© Copyright da versão portuguesa: Rui C. Campos, 2000, 2009, 2016

Adaptação portuguesa e manual autorizados por Sidney Blatt

Índice

<i>I - CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PROVA</i>	5
1- Ficha técnica.....	5
2- Fundamentação teórica	5
3- A versão original do Questionário de Experiências Depressivas.....	21
4- Material do teste.....	28
5- Aplicação	28
6- Cotação.....	29
7- Interpretação	30
<i>II- ADAPTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA</i>	31
8- O programa de adaptação e validação para a população portuguesa	31
9- Tradução do QED, estudo piloto e demonstração da equivalência linguística.....	31
10- Obtenção dos dados normativos.....	32
11- Diferenças de género e distribuições de resultados.....	33
12- Comparação com mostras americanas	34
13- Consistência interna.....	35
14- Precisão teste-reteste	35
15- Validade convergente e discriminante	36
16- Validade referenciada por um critério.....	40
17- Validade preditiva.....	40
18- Estudos factoriais.....	41
19- Notas finais	42
<i>III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	43

I - CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PROVA

1- Ficha técnica

Título: Questionário de Experiências Depressivas (QED)

Autores da Versão original: Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan (1976)

Autor da adaptação portuguesa: Rui C. Campos

Objectivo: Inventário composto por 66 itens para avaliar a depressão anaclítica ou de dependência e a depressão introjectiva ou de auto-criticismo, ou mais genericamente para avaliar o relacionamento e a auto-definição ou as dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade. Permite também avaliar uma dimensão de resiliência – Eficácia

Tempo de aplicação: Aproximadamente 10 a 15 minutos

Tipo de aplicação: Individual ou colectiva

Contextos de utilização: Prática clínica e investigação

População alvo: Adultos

Normas: Resultados para três factores: Dependência, Auto-criticismo, Eficácia e, dois sub-factores: Necessidade e Contacto, separados por sexos

2- Fundamentação teórica

O desenvolvimento da personalidade envolve uma integração de duas dimensões psicológicas básicas: o relacionamento e a auto-definição (Blatt, 2008). Quando o processo normal e sinérgico de desenvolvimento é perturbado e uma ênfase excessiva é colocada numa das duas dimensões, ocorre uma expressão de níveis elevados de Dependência/Necessidade e/ou de Auto-criticismo (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Coyne & Whiffen, 1995; Quimette & Klein, 1993), conduzindo a um aumento da vulnerabilidade à depressão e ao mal-estar psicológico (Blatt & Zuroff, 1992).

A dependência/necessidade e o auto-criticismo, enquanto factores de vulnerabilidade à psicopatologia em geral e à depressão em particular (e.g Blatt, 2004; Luyten & Blatt, 2011, Luyten, Corveleyn, & Blatt, 2005), são parte de uma conceptualização mais ampla sobre o desenvolvimento da personalidade e da psicopatologia proposta por Blatt (1990, 2008).

Diversos teóricos do desenvolvimento enfatizam, nos seus modelos, quer a dimensão do relacionamento, quer a dimensão da auto-definição, (Blatt & Blass, 1992). Estas teorizações (e. g. Adler, 1951; Angyal, 1951; Bakan, 1966; Bowlby, 1969; Guilligan, 1982; McAdams, 1980; Shor & Sanville, 1976), realçam a integração das duas dimensões como central para o desenvolvimento e para o bem-estar psicológico.

A individuação e o relacionamento interpessoal são vistos como dimensões inter-dependentes e não como processos que se desenvolvem em paralelo. Constituem objectivos básicos do desenvolvimento (Blatt & Blass, 1990, 1992). Para Blatt (1990; Blatt & Shichman, 1983), o desenvolvimento da personalidade implica uma interacção complexa entre duas linhas ou processos fundamentais, ou mais especificamente, entre as tarefas que delimitam essas linhas de desenvolvimento: o estabelecimento de relações interpessoais cada vez mais maduras, recíprocas, mutuamente satisfatórias, estáveis e duradouras, e o desenvolvimento de uma identidade ou auto-definição ou de um sentido do *Self*, como consolidado, diferenciado, realista, essencialmente positivo, estável e cada vez mais integrado.

Segundo Blatt, os dois processos, individuação ou auto-definição e relacionamento, evoluem de uma forma interactiva, dialéctica, recíproca, balanceada e mutuamente facilitadora ao longo de todo o desenvolvimento (Guisinger & Blatt, 1994). Um sentido do *Self* cada vez mais diferenciado, integrado, maduro e sólido, facilita o estabelecimento de relações mais maduras, estáveis e mutuamente satisfatórias, sendo que por sua vez, o estabelecimento de relações interpessoais de maior qualidade possibilita o desenvolvimento de uma definição do *Self* mais evoluída (Blatt, 1991).

Apesar da "normalidade" poder ser hipoteticamente definida como uma integração entre o relacionamento e a auto-definição, dentro dos limites dessa normalidade os indivíduos podem colocar uma ênfase maior num dos dois processos do desenvolvimento, definindo-se dois estilos básicos de personalidade, anaclítico e introjectivo, respectivamente, consoante a ênfase é colocada no relacionamento ou na individualidade/auto-definição. Em resultado de desvios ligeiros no processo de desenvolvimento, o indivíduo assume uma de duas possíveis *trajectórias*, construindo um estilo de carácter particular. Contudo, uma concentração excessiva numa das linhas de desenvolvimento permite definir

duas formas de vulnerabilidade à psicopatologia, nomeadamente à depressão (Blatt & Shichman, 1983). No limite, quando ocorrem desvios mais acentuados no processo normal e sinérgico de desenvolvimento, podem constituir-se vulnerabilidades que se expressam em diversas formas de psicopatologia (Blatt, 2004, 2008); quando a dependência/necessidade ou o auto-criticismo constituem traços muito marcados e desadaptativos da personalidade podem constituir formas de vulnerabilidade ao mal-estar e à psicopatologia.

Na década de 70 do século passado, Blatt e colegas (1974; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976; Batt, Wein, Chevron, & Quinlan, 1979; Chevron, Quinlan, & Blatt, 1978) iniciaram uma série de estudos sobre a depressão tendo por base a premissa de que a depressão podia ser mais bem compreendida se considerada como um desvio em relação ao desenvolvimento normal e não como um conjunto de categorias independentes e delimitadas. Inicialmente, Blatt estudou as experiências depressivas em populações não clínicas e só depois o fez em populações psiquiátricas. Considerou desde logo importante estudar as experiências depressivas, em boa verdade, as vivências internas dos sujeitos, indo além dos sintomas manifestos das síndromas depressivas. Na sua perspectiva, o indivíduo pode vivenciar experiências depressivas típicas sem estar clinicamente deprimido. Mais tarde Blatt (Blatt, 1990, 2008; Blatt & Schchman, 1983) generalizou o seu modelo à compreensão da psicopatologia e não apenas da depressão e elaborou o seu modelo sobre o desenvolvimento da personalidade.

Até aos anos 70 do século XX, o termo depressão remetia fundamentalmente para uma entidade psiquiátrica ou psicopatológica concreta. Segundo Blatt e Levy (1998), foi a partir dessa altura que começou a ser vista, não apenas como uma entidade nosológica, mas também como um estado afectivo disfórico, variável em intensidade, duração e adaptabilidade que podia manifestar-se num contínuo, desde formas relativamente moderadas e circunscritas no tempo, em resposta a acontecimentos de vida perturbadores, até formas graves, persistentes e fortemente desadaptativas (Campos, 2009a). Até aos anos 70 do século XX, a investigação focalizava-se também e, sobretudo, na depressão como uma perturbação clínica e não na depressão enquanto conjunto de experiências internas presentes, não só nos indivíduos clinicamente deprimidos, mas também nos sujeitos "normais" (Blatt et al., 1976). Para Blatt (1991), aliás, as abordagens da psicopatologia centradas nos sintomas e, supostamente, atóricas são pouco relevantes para a compreensão da psicopatologia e, conseqüentemente, para a intervenção terapêutica.

Na escola psicanalítica, o termo depressão tem sido usado por diversos autores para descrever variações em estados afectivos normais (e. g. Bibring, 1953; Brenner, 1974), bem como perturbações clínicas prolongadas e graves. Tem sido utilizado também para descrever um estágio de desenvolvimento (Klein, 1948; Winnicott, 1954) e para descrever reacções a experiências de privação na infância e sentimentos infantis de abandono e desamparo, mas também como uma vivência interna de culpa e desvalorização em resposta à acção de um super-eu severo e punitivo e, ainda, para descrever um estilo de carácter ou de personalidade (Blatt, 2004; Blatt et al., 1976; Campos 2009a; Coelho, 2004; Coimbra de Matos, 2001) no qual “há uma susceptibilidade incomum para sentimentos disfóricos, de perda e desilusão, uma necessidade exagerada e intensa de contacto e de apoio e uma tendência para assumir a culpa e a responsabilidade...” (Blatt, 1974, p. 109).

Dada a dificuldade em conceptualizar diferentes tipos de depressão com base em sintomas (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982), o que resulta em subtipos normalmente muito heterogéneos (Blatt et al., 1982), vários autores, nomeadamente Blatt, mas também Bowlby (1980), Arietti e Bemporad (1980) e Beck (1983), propuseram uma distinção entre tipos depressivos com base noutros critérios que não as expressões sintomáticas, como a *fenomenologia das experiências relevantes para os indivíduos* e que podem conduzir à depressão (Blatt & Blass, 1992, p. 419; Blatt & Zuroff, 1992, p. 527). Deste modo, propuseram-se distinguir tipos de experiências depressivas sem uma preocupação com o tipo ou a gravidade dos sintomas manifestos da depressão (Campos, 2009a, 2009b). Blatt (1974; Blatt et al., 1982) considera que diferenciar tipos de experiências depressivas desta forma pode ser útil para compreender melhor a etiologia e as múltiplas expressões que a depressão pode assumir, dada a sua complexidade e heterogeneidade (Campos, no prelo).

Blatt (1974) recorreu à conceptualização de vários autores da escola psicanalítica (e. g. Abraham, 1916; Freud, 1917; Rado, 1928) e à sua própria experiência clínica psicanalítica para elaborar em torno da distinção entre uma depressão em que se acentua a componente de dependência e outra em que a culpa e o auto-criticismo assumem o papel central, distinguindo assim, no seu modelo, uma depressão anaclítica ou de dependência e uma depressão introjectiva ou de auto-criticismo, centrando-se as experiências dos indivíduos depressivos à volta de duas dimensões básicas da personalidade, o relacionamento e a definição do *Self*, respectivamente (veja-se Blatt, 2004; Blatt & Levy, 1998; Blatt & Shahar, 2005).

Na verdade, Blatt (1974, 2004) procurou desenvolver uma conceptualização unificada da depressão que integrasse, quer os processos de incorporação oral, quer a formação do superego. Sugeriu que as formulações de Freud (1917) podiam permitir diferenciar dois tipos de depressão: uma depressão focada primariamente em aspectos interpessoais como a dependência, o desamparo e sentimentos de perda e abandono; e uma depressão que tem por base um super-eu severo e punitivo que se foca, primariamente, no auto-criticismo, baixa auto-estima e em sentimentos de insucesso e culpa. Assim, seria possível distinguir uma depressão com início, sobretudo, a seguir a experiências interpessoais desagradáveis, tais como perdas interpessoais e sentimentos de abandono e solidão, de uma depressão com início, sobretudo, na sequência de perturbações na auto-estima e/ou identidade¹.

Os sentimentos centrais na depressão anaclítica, segundo Blatt (1974), são o desamparo, a fraqueza, o sentimento de se esvaziar (*depletion*), o medo de ser abandonado e o sentimento de não ser amado. Encontram-se desejos marcados de ser cuidado, protegido e amparado e dificuldades em tolerar a espera e a frustração. Persiste uma busca constante 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 grande vulnerabilidade à perda, 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. Um sentimento de bem-estar resulta da contínua obtenção de amor e gratificação. Quando o objecto é incapaz de manter esta gratificação, geram-se sentimentos de frustração, privação e desamparo (Blatt, 1974; Blatt & Shichman, 1983). A internalização das experiências de gratificação e do próprio objecto provedor é fraca. Assim sendo, há uma constante exigência e necessidade da presença física dos objectos (Blatt & Shichman, 1983).

Na depressão introjectiva encontram-se sentimentos de desvalorização, de não ser apreciado, 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). Encontra-se um super-eu severo, ideais muito elevados e uma constante auto-avaliação e culpa devido a pensamentos de transgressão (Blatt & Shichman, 1983). Nesta forma de

¹ Rado (1928) distinguiu duas vias para a depressão: uma via caracterizada por privação, com raiva e pouca diferenciação do objecto, que permite fazer um paralelo com a depressão anaclítica e uma via caracterizada por temas relacionados com a culpa e o perdão, que permite fazer um paralelo com a depressão introjectiva (Blatt, 2004).

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 a possibilidade de ser punido. A presença do objecto é necessária, não tanto para proporcionar gratificação como na depressão anaclítica, mas sim aceitação aprovação e reconhecimento. A introjecção e a identificação com o agressor substituem a negação da depressão anaclítica como mecanismos de defesa principias. As relações com os objectos persistem para lá das experiências de gratificação e frustração (Blatt, 1974).

O envolvimento excessivo do indivíduo introjectivo em múltiplas actividades pode ser visto como um mecanismo de compensação para sentimentos de inferioridade, culpa, auto-criticismo e desvalorização. São levadas a cabo tentativas de realização pessoal como o objectivo de obter aprovação e reconhecimento e compensar sentimentos de inadequação e de insucesso, estando em parte comprometida a capacidade de satisfação (*enjoyment*) (Blatt & Maroudas, 1992). Um excessivo perfeccionismo e o sentimento de ser *obrigado a realizar* impossibilitam a satisfação com as realizações e o sucesso do próprio (Blatt & Shichman, 1983).

Os dois tipos de perturbações depressivas, anaclítica e introjectiva, podem ser relativamente moderados ou atingir níveis bastante graves (Blatt, 1974). Enquanto estados afectivos ou experiências depressivas, podem variar em intensidade, desde constituir experiências passageiras e moderadas, até estados clínicos profundos e graves (Blatt, 1974, Blatt et al., 1976). Além do mais, os dois tipos de experiências depressivas não são mutuamente exclusivos, podendo co-existir num mesmo indivíduo (Campos, 2009a, 2009b). Note-se que estas duas formas se entrecruzam, continuam e comunicam numa depressão que se pode designar de *mista*. Cada sujeito terá uma depressão com mais ou menos atributos anaclíticos e mais ou menos atributos introjectivos. Fala-se aqui de dimensões depressivas, tipos de experiências depressivas que coexistem, embora num dado indivíduo quase sempre prevaleça um deles em detrimento do outro (Campos, no prelo).

Entendidos como protótipos, os dois tipos de depressão originar-se-iam em pontos diferentes do desenvolvimento e, teriam, na sua génese, estilos parentais diferentes que conduziriam a estilos de vinculação também diferentes e a tipos igualmente distintos de perturbação das representações mentais (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992).

A figura materna do indivíduo com depressão de dependência esteve provavelmente indisponível ou excessivamente disponível ou usou o seu amor e afecto para controlar a criança. A insegurança que o comportamento materno origina torna difícil à criança estabelecer uma

representação interna da mãe como um objecto cuidador, sendo este padrão repetido nas relações futuras. Sem esta representação torna-se difícil à criança acreditar que é amada de forma continuada na ausência do objecto. Por isso, os indivíduos dependentes necessitam constantemente de certificar-se da disponibilidade dos outros para cuidarem e gostarem de si. Procuram desesperadamente atenção e afecto, deprimindo-se em reacção a separações, rupturas ou abandonos. Sentiram o amor da figura materna como sendo contingente à sua obediência e conformismo, pelo que se sentem sempre desamparados e inseguros nas relações afectivas, inibindo ou negando a agressividade e mostrando-se submissos devido à necessidade de serem cuidados (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000a; 2009b).

Por outro lado, os indivíduos introjectivos criticam-se frequentemente, experimentando sentimentos de culpa, vergonha e desvalorização. Tiveram medo de não ter a aprovação dos pais, pelo facto de não atingirem as expectativas e objectivos que lhes eram impostos. A tentativa de separação/individuação e de definição do *Self* foi travada pela internalização de atitudes controladoras, exigentes e intrusivas dos pais. O amor parental foi contingente à submissão da criança em relação aos padrões e metas impostas pelos pais. O auto-criticismo constante e a censura repetem o padrão de relação com os pais e servem para o indivíduo manter o contacto com eles através da identificação/introjecção. A depressão terá sobretudo lugar quando o indivíduo for confrontado com críticas ou insucessos nas realizações pessoais, mas também perante a rejeição (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000a, 2009b).

Como refere Blatt (1990), no processo de desenvolvimento, a necessidade da mudança do investimento libidinal da mãe para o pai no caso das meninas e de mudança no objecto de identificação da mãe para o pai no caso dos meninos, poderá explicar a maior frequência de depressão centrada em questões interpessoais (de dependência) nas mulheres e de depressão centrada em temas relativos ao *Self* (de auto-criticismo) no caso dos homens.

Apesar de inicialmente ter estudado as experiências depressivas em populações não clínicas (Blatt et al., 1976) utilizando o Questionário de Experiências Depressivas, na opinião de Blatt et al. (1982), os dois tipos de dimensões depressivas podem fornecer uma tipologia adequada para compreender a depressão em populações clínicas. Aliás, os dois tipos de depressão tendem a co-ocorrer mais frequentemente neste tipo de população. As formas mais graves de depressão parecem ser “uma consequência da combinação destas duas fontes de depressão, que ocorrem de forma relativamente independente em indivíduos não [perturbados]...” (Blatt et al., 1982, p. 121). O que parece ocorrer para que

esta expressão mista constitua uma perturbação mais grave, é que uma dependência muito significativa pode conduzir a um sentimento de fraqueza e de ter falhado e, ao mesmo tempo, tentativas para compensar os sentimentos de inadequação podem interferir com a gratificação dos desejos de dependência, deixando o sujeito num conflito interno que o predispõe a intensos sintomas depressivos (Blatt et al., 1982).

Para Blatt et al. (1982) parece existirem diferenças importantes entre grupos de pacientes definidos com base no seu grau de dependência e de auto-criticismo, ou seja, a dependência e o auto-criticismo serão dimensões primárias da depressão que permitem diferenciar tipos depressivos em amostras clínicas. Consideram ainda que, as dimensões psicológicas ou as experiências subjectivas da depressão poderão ser mais úteis no estabelecimento de tipos depressivos do que os critérios sintomáticos (Campos, 2009a).

O modelo de Blatt assenta na ideia de que são vários os factores que contribuem para a ocorrência da depressão, nomeadamente, predisposições biológicas, aspectos temperamentais, estilos parentais e consequentes estilos de vinculação, acontecimentos externos traumáticos na infância e factores precipitantes presentes. É também necessário considerar os factores de forma inter-relacionada. Por exemplo, não são os aspectos temperamentais só por si, nem as características dos pais que podem conduzir a uma vulnerabilidade à depressão, mas sim, a sua interacção, ou seja, neste caso, a incompatibilidade entre as características temperamentais da criança e as características dos pais (Blatt & Homann, 1992).

A conceptualização de Blatt esboça, na verdade, um modelo de diatese/stress, como acontece aliás com outras propostas teóricas em Psicologia. Segundo estes modelos, predisposições individuais como variáveis de personalidade interagem com acontecimentos de vida stressantes, originando a depressão clínica (veja-se Campos, no prelo).

No caso da linha anaclítica, e de uma forma sucinta, pode resumir-se o modelo de Blatt de vulnerabilidade à patologia depressiva, do seguinte modo: pais, especialmente a mãe, com uma atitude inconsistente, de negligência, abandonante ou hiper-protectora poderão criar uma vulnerabilidade/personalidade de tipo interpessoal/anacítico/dependente com dependência, labilidade afectiva, preocupação com as relações e utilização de defesas de tipo evitante. Mais tarde, em resultado de perturbações nas relações interpessoais, experiências de perda, abandono, rejeição ou de não se sentir amado e cuidado, pode originar-se uma depressão anaclítica/de dependência com sentimentos de desamparo, tristeza, solidão, abandono, rejeição, desamor, sintomas

somáticos e uma busca frenética de um objecto substituto (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000a, no prelo)

Por outro lado, no caso da linha introjectiva, um estilo parental intrusivo, controlador e crítico, normalmente de ambos os pais, poderá gerar uma vulnerabilidade/personalidade de tipo auto-avaliativo/introjectivo /de auto-criticismo, caracterizada por uma atitude de auto-crítica, uma procura de realização como mecanismo compensatório e uma preocupação com questões de sucesso/insucesso, responsabilidade e culpa. Pode igualmente haver uma atitude de hostilidade, crítica e raiva. Verifica-se o uso de defesas neutralizantes. Perante experiências de insucesso nas realizações pessoais, culpabilização, ridicularização, depreciação, crítica, diminuição da auto-estima ou perda de controlo sobre o ambiente, mas também perante experiências de rejeição e abandono, pode desenvolver-se uma depressão introjectiva/de auto-criticismo, caracterizada por sentimentos marcados de desvalorização, culpa e auto-criticismo, mas também, eventualmente por tentativas frenéticas de realização para compensar esses sentimentos. Pode ainda verificar-se a presença de comportamentos auto-agressivos. (Blatt, 1995a, 2004; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000a, no prelo; Campos, Besser, & Blatt, 2012; Campos, Besser, Abreu, Parreira, & Blatt, 2014; Fazza & Page, 2003).

No desenvolvimento normal encontra-se, habitualmente, um estilo parental afectuoso, de cuidado, em que não são impostos objectivos e metas demasiado rígidas e em que a crítica é, sobretudo, construtiva (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000a, 2009b).

Mas pode ir-se um pouco mais além nesta perspectiva relativa às influências recíprocas entre características internas e ambiente. As características de personalidade do indivíduo determinam, em parte, as características do seu ambiente, mas esse ambiente afecta ou reforça, por sua vez, as características do próprio. Os indivíduos auto-críticos e dependentes procuram e manipulam os ambientes e as relações interpessoais de forma qualitativamente diferente, o que, por sua vez, ajuda a consolidar as suas características através das reacções dos outros. As características dos indivíduos dependentes e auto-críticos são mantidas pelos ambientes relacionais que ajudam a criar (Blatt, Cornell, & Eshkol, 1993; Blatt & Zuroff, 1992).

Os indivíduos com um estilo de personalidade dependente ou com um estilo de personalidade auto-crítico, não só são vulneráveis a determinados tipos de acontecimentos stressantes aos quais respondem usando estratégias diferentes, mas também estruturam o ambiente de forma diferente. Escolhem diferentes ambientes nos quais "participam" e,

evocam diferentes respostas dos outros, ficando, assim, frequentemente expostos a determinados tipos de acontecimentos stressantes (veja-se Campos, no prelo).

Outras perspectivas teóricas podem ser comparadas à de Blatt, no que respeita aos tipos de depressão. De facto, uma mudança relevante ocorreu ao longo das últimas décadas na conceptualização, investigação e intervenção terapêutica na depressão. De uma focalização na expressão sintomática, passou-se para um enfoque no funcionamento da personalidade como forma de compreender a vulnerabilidade à depressão (Luyten & Blatt, 2007).

Diversos autores (e.g. Arieti & Bemporad, 1978; Beck, 1983; Blatt, 1974, 1990; Blatt et al, 1976, 1982; Bowlby, 1988; Luyten et al., 2005) têm abordado o problema de depressão a partir de um olhar fenomenológico e não de uma perspectiva baseada em sintomas. A exploração de dimensões fundamentais, como as relações interpessoais e a auto-definição, contribuiu para o desenvolvimento de formulações teóricas e para a investigação empírica sobre a depressão. Investigadores de diferentes orientações teóricas identificaram, todos eles, duas dimensões fundamentais na depressão: uma centrada em sentimentos de abandono, solidão e abandono e outra em questões relativas à auto-estima e sentimentos de fracasso e culpa (Blatt & Maroudas, 1992).

Blatt e colegas (Blatt, 1974, 1990, 2004; Blatt et al, 1976, 1982), com base numa integração de uma perspectiva relacional da Psicologia do ego e cognitiva do desenvolvimento, diferenciaram, como se disse anteriormente, uma depressão "anaclítica" (dependente) e uma depressão "introjetiva" (de auto-criticismo). Da mesma forma, Arieti e Bemporad (1978), a partir de uma perspectiva psicodinâmica interpessoal, também distinguiram dois tipos de depressão - uma depressão *dominant other* e uma depressão *dominant goal*. Quando o outro dominante é perdido ou o objectivo dominante não é atingido, a depressão pode surgir. Arieti e Bemporad (1978) discutiram acerca de dois desejos intensos e básicos na depressão: "ser passivamente gratificado pelo outro dominante" e "ser assegurado acerca do seu valor próprio, e ver-se livre do fardo de culpa" (p. 167). Na depressão *dominant other*, o indivíduo procura que os seus desejos sejam passivamente satisfeitos através de um relacionamento adesivo, exigente, dependente e infantil. No outro tipo depressivo, o indivíduo procura confirmar o seu valor e sentir-se livre de culpa, direccionando todos os esforços para um objectivo que se torna um fim em si mesmo.

Congruentemente com as formulações da linha psicanalítica, Beck (1983), a partir de uma perspectiva cognitivo-comportamental, distingue uma depressão de sociotropia (socialmente dependente) e uma depressão

de autonomia. De acordo com Beck, a sociotropia, "refere-se ao investimento da pessoa num intercâmbio positivo com outras pessoas... incluindo desejos passivo-receptivos (aceitação, intimidade, compreensão, apoio, orientação)" (p. 273). Indivíduos altamente sociotrópicos estão particularmente preocupados com a possibilidade de não serem aceites pelas outras pessoas e tentam agradar aos outros e manter estáveis as relações (Robins & Block, 1988). É mais provável a ocorrência de depressão nestes indivíduos em resposta à perda ou rejeição percebida nas relações interpessoais.

A individualidade (autonomia), de acordo com Beck (1983), refere-se ao "investimento na preservação e aumento da independência, mobilidade e direitos pessoais, liberdade de escolha, de acção e de expressão, protecção do seu próprio domínio... e em alcançar metas significativas" (p. 272). Um indivíduo *autonomamente deprimido* está *impregnado com o tema da derrota ou fracasso*, culpando-se continuamente por ficar abaixo das metas e padrões estabelecidos e, sendo muito *auto-crítico por ter falhado as suas obrigações* (p. 276). Os indivíduos muito autónomos e orientadas para um objectivo estão muito preocupados com a possibilidade de fracasso pessoal e, muitas vezes, tentam maximizar o controlo sobre o ambiente com o objectivo de reduzir a probabilidade de falha e crítica. A depressão ocorre mais frequentemente nestes indivíduos em resposta a uma falha percebida em conseguir atingir um objectivo ou perante a falta de controlo sobre o meio ambiente.

A formulação posterior de Blatt sobre as duas dimensões da personalidade foi para além da sua relação com a depressão (Blatt & Maroudas, 1992). Inicialmente, Blatt (1974) distinguiu a depressão anaclítica da depressão introjectiva. No entanto, mais recentemente, generalizou esta distinção para definir duas configurações primárias de psicopatologia - a configuração anaclítica e a configuração introjectiva. A formulação de uma personalidade anaclítica e de uma personalidade introjectiva tem implicações que vão para além da compreensão da depressão, aplicando-se a uma vasta gama de psicopatologias (Blatt, 1990; Blatt & Shichman, 1983). Aplicou também a distinção anaclítico versus introjectivo ao processo de desenvolvimento da personalidade.

Na verdade, Blatt e colegas (e.g., Blatt, 2006, 2008; Blatt & Blass, 1990; Blatt & Luyten, 2009; Blatt & Shichman, 1983; Luyten & Blatt, 2013) conceptualizaram duas polaridades/processos desenvolvimentais básicos: relacionamento interpessoal e auto-definição, que podem ser vistos como dimensões psicológicas fundamentais na compreensão do processo de desenvolvimento da personalidade e das variações na organização da personalidade "normal" e da psicopatologia. Deu-se uma evolução de uma descrição empírica de duas formas de depressão para uma

conceptualização e ligação a dimensões globais de personalidade (veja-se Campos, no prelo)

A "normalidade" pode ser definida como uma integração entre o relacionamento e a auto-definição. Mas como se disse anteriormente, dentro dos limites dessa "normalidade" os indivíduos podem colocar uma ênfase maior num dos dois processos fundamentais de desenvolvimento, relacionamento ou individualidade/auto-definição, definindo-se assim duas configurações básicas de personalidade, anaclítica e introjectiva. Como afirma Blatt (1990, 1995b; Blatt et al., 1993; Blatt & Shichman, 1983) estas duas configurações de personalidade apresentam modos particulares de cognição, diferentes estilos de relação e diferentes tipos de mecanismos defensivos.

Para os indivíduos que colocam a ênfase no relacionamento interpessoal com uma relativa negligência da auto-definição (anaclíticos), o *modo instintivo* principal é libidinal. Valorizam o estabelecimento de relações próximas e íntimas. A configuração anaclítica da personalidade é sobretudo orientada para o objecto. Usam, essencialmente, mecanismos defensivos de tipo evitante (e.g., negação e repressão) (Blatt, 1990, 1995b; veja-se também Campos, 2003, no prelo).

Por outro lado, para os indivíduos que colocam a ênfase na auto-definição (introjectivos), o seu *modo instintivo* principal envolve a agressividade e a assertividade ao serviço da auto-definição e não a intimidade e a ligação. O desejo básico é de serem reconhecidos, respeitados e admirados. Usam, sobretudo, mecanismos defensivos neutralizantes (e.g., intelectualização, formação reactiva e sobre-compensação) (Blatt, 1990, 1995b; veja-se também Campos, 2003, no prelo).

Por vezes, um acumular de experiências traumáticas, em associação com predisposições individuais, pode afectar o processo dialéctico das duas linhas de desenvolvimento (e. g., Blatt, 1991). Em resultado de desvios acentuados no processo normal de desenvolvimento, quando há uma centração excessiva numa das linhas de desenvolvimento, poderão definir-se duas configurações psicopatológicas (Blatt & Shichman, 1983), anaclítica ou centrada no objecto e introjectiva ou centrada na autonomia e no *Self*.

Assim, se o processo normal de desenvolvimento for perturbado numa determinada fase, sem que outros factores possam minorar posteriormente essa perturbação, as dificuldades vão repetir-se e consolidar-se como modos disfuncionais de adaptação. Quanto mais cedo as perturbações ocorrerem e, quanto mais acentuados forem os desvios em

relação ao processo de desenvolvimento normativo, mais grave será a patologia (Blatt, 1990).

As manifestações sintomáticas das várias patologias, desde a esquizofrenia às neuroses, resultam, em grande parte, segundo Blatt (1991, 1995b), de perturbações nas estruturas ou esquemas cognitivo-afectivos construídos a partir de relações significativas ao longo do desenvolvimento. Eventuais perturbações na construção dos esquemas cognitivo-afectivos não são, ainda assim, imutáveis, podendo ser alteradas por eventos posteriores. Esta plasticidade vai, no entanto, diminuindo ao longo do desenvolvimento.

Em resultado de perturbações no processo normal de desenvolvimento, "alguns indivíduos,... [mais frequentemente] as mulheres, tornam-se excessivamente preocupados com o relacionamento, em detrimento do desenvolvimento do conceito de *Self*" (Blatt & Blass, 1992, p. 416). Os homens lidam mais frequentemente com "as perturbações no processo dialéctico de desenvolvimento, exagerando as tentativas de consolidar um sentido do *Self* em detrimento do estabelecimento de relações" (Blatt & Blass, 1992, p. 417). Esta diferença poderá dever-se, ainda que apenas em parte, ao contexto social. No homem, é sobretudo valorizada a auto-definição e a realização pessoal, ao contrário do que acontece nas mulheres, em que é mais valorizada a dimensão relacional e afectiva (Blatt, 2006, 2008).

Na psicopatologia introjectiva, o desenvolvimento das relações interpessoais está afectado, sendo as relações vividas e interpretadas fundamentalmente, em função da auto-definição. Na psicopatologia anaclítica é negligenciado o sentido do *Self*, sendo este definido em função da qualidade das relações e do investimento do objecto no sujeito (Blatt, 2008).

Há uma semelhança importante no que respeita aos aspectos estruturais e dinâmicos entre as diferentes patologias dentro de cada configuração. No entanto, em cada uma das configurações existem vários níveis de estruturação, desde as tentativas menos evoluídas às mais evoluídas de estabelecer relações interpessoais significativas ou um sentido do *Self* consolidado (veja-se Campos, 2003. no prelo). Podem assim, definir-se linhas ao longo das quais os pacientes podem regredir ou evoluir dentro de cada uma das configurações. Cada forma de patologia contém um potencial de evolução e regressão e constitui um ponto relativo de um *continuum* dinâmico ou espectro dentro de cada configuração psicopatológica (Blatt & Shichman, 1983; veja-se também Blatt, 1990, 2008; Blatt & Blass, 1992).

De acordo com Blatt (1990), a maioria dos quadros psicopatológicos organiza-se à volta de uma das duas configurações. No entanto, podem encontrar-se pacientes com características de ambas as configurações.

Casos há em que é impossível classificar os pacientes como anaclíticos ou introjectivos - são as chamadas *expressões mistas* (Blatt, 2008). Nas apresentações mistas encontra-se experiências de perda e abandono, comportamentos orais excessivos, características obsessivas e auto-criticismo, sentimentos de culpa, fobias e mecanismos de defesa, ora neutralizantes, ora de evitamento (Blatt, 2004).

Pode também acontecer, por vezes, que a presença de características de uma das duas configurações oculta a verdadeira configuração de personalidade, ou seja, os dois tipos de características podem co-ocorrer mas numa constelação mais dinâmica. Os atributos de uma das configurações podem servir como defesa contra a experiência e o reconhecimento das características da outra. Por exemplo, um sujeito que coloca uma ênfase excessiva em aspectos como a autonomia, o poder e o reconhecimento (linha introjectiva), pode estar simplesmente a defender-se de experiências dolorosas de abandono e rejeição (linha anaclítica), negando determinados desejos e necessidades interpessoais (Blatt, 2008; Blatt & Shahar, 2005). O contrário também pode acontecer, embora seja menos provável (Blatt, Luyten, & Corveleyn, 2005).

Finalmente, pode ainda considerar-se a possibilidade de ocorrência de um *efeito sinérgico* entre as duas linhas. Tal como acontece no desenvolvimento normal, também na patologia o relacionamento e a auto-definição podem operar de forma sinérgica em que as características anaclíticas e introjectivas se potenciam reciprocamente (Shahar, Gallagher, Blatt, Kuperminc, & Leadbeater, 2004; veja-se Campos, no prelo).

A perspectiva de Sidney Blatt tem diversas implicações. Uma das maiores implicações relaciona-se com o facto de as diferentes formas de psicopatologia poderem ser vistas como “modos inter-relacionados de adaptação, organizados em níveis de desenvolvimento diferentes dentro de duas configurações básicas que focam as relações interpessoais ou a auto-definição” e não como entidades nosológicas independentes e isoladas (Blatt, 1990, p. 312). O esboço de duas linhas de desenvolvimento, anaclítica e introjectiva, proporciona uma estrutura conceptual que permite integrar uma gama variada de perturbações e expressões sintomáticas apenas em duas configurações básicas (Blatt & Shichman, 1983).

Blatt e colegas (Blatt, 2006, 2008; Blatt & Levy, 1998; Luyten & Blatt, 2011) referem que a investigação tem mostrado, por exemplo, que as perturbações da personalidade podem ser integradas, de forma sistemática e parcimoniosa, em dois *clusters*, consistentes com a diferenciação entre uma configuração anaclítica e uma configuração introjectiva da psicopatologia (entre uma preocupação com a esfera interpessoal e, por outro lado, uma preocupação com a esfera da auto-

definição, controlo e valor próprio). Um conjunto de perturbações parece focalizar-se de diferentes formas e, possivelmente, em diferentes níveis de desenvolvimento em questões do relacionamento interpessoal. Um outro conjunto, parece expressar uma preocupação em estabelecer, preservar e manter um sentido do *Self*, de formas diferentes e, possivelmente também, em diferentes níveis do desenvolvimento. Vários estudos (e.g., Blatt & Levy, 1998; Cogsweel & Alloy, 2006; Ouimette et al., 1994) mostraram que as perturbações dependente, histriónica e *borderline* se correlacionavam única e significativamente com medidas da dimensão anaclítica e, que as perturbações paranóide, esquizóide, esquizotípica, anti-social, narcísica, evitante e obsessivo-compulsiva se correlacionavam com medidas da dimensão introjectiva.

Diversas críticas têm sido realizadas aos sistemas de classificação de tipo categorial em geral, e ao DSM, em particular. Para além das dificuldades em diferenciar as perturbações da personalidade das síndromas clínicas, especialmente pelo facto de se verificar uma sobreposição empírica muito elevada, por exemplo entre as perturbações afectivas e certas perturbações da personalidade, como a perturbação *borderline*, mas também uma sobreposição conceptual e nos próprios critérios de diagnóstico entre ambos os tipo de perturbações, acresce uma crítica que tem sido realizada frequentemente ao DSM: a existência de três *clusters* de perturbações da personalidade (veja-se Campos, 2011, 2012).

O DSM-5, a versão actual do DSM, coloca, por exemplo, a perturbação esquizóide da personalidade no *cluster A* e a perturbação evitante no *cluster C*, apesar de óbvias semelhanças estruturais e dinâmicas ou, pelo menos, certamente mais do que entre a perturbação evitante e a perturbação dependente, ambas no *cluster C*. Millon (1994) coloca mesmo as perturbações esquizóide e evitante no cluster das personalidades que apresentam um *défice na capacidade de experienciar prazer*. Por outro lado, parece também evidente a proximidade entre as perturbações dependente e histriónica, que são, no entanto, colocadas em eixos diferentes. O DSM "arruma" as perturbações com base na expressão sintomática e não nas características do funcionamento interno dos indivíduos (veja-se Campos, 2011, 2012). As mesmas expressões sintomáticas podem ter significados diferentes e originarem-se em estruturas de personalidade igualmente diferentes. Note-se a título de exemplo que os comportamentos anti-sociais podem constituir, por vezes tentativas defensivas, distorcidas e desadaptativas de estabelecer relacionamentos interpessoais significativos ou, noutros casos, algum sentido de dignidade e identidade, não sendo uma mera expressão sintomática ausente de significado (Blatt & Luyten, 2009).

É verdade que o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), apresenta, de forma positiva na secção III, uma proposta alternativa para o diagnóstico de perturbação da personalidade que envolve, justamente, uma disfunção ao nível do Self (identidade e *Self-direction*) e do relacionamento (empatia e intimidade). No entanto, na secção principal do manual continua a vigorar uma proposta categorial idêntica à do DSM-IV-TR, com três clusters de perturbações e pontos de corte fixos (Campos, no prelo).

A distinção entre uma preocupação excessiva com o relacionamento e uma preocupação excessiva com a auto-definição, ou entre duas configurações de psicopatologia, é importante, não apenas para o estudo da psicopatologia, mas também para a compreensão do processo terapêutico. Blatt esboça uma proposta classificatória da psicopatologia com base em critérios desenvolvimentais e psicodinâmicos que são, em última instância, mais importantes para a compreensão do funcionamento do sujeito e, conseqüentemente, para a intervenção psicoterapêutica (Blatt & Levy, 1998).

Os pacientes excessivamente preocupados com questões do relacionamento (anaclíticos) e os pacientes excessivamente preocupados com a auto-definição (introjectivos) mudam de forma diferente e respondem de forma diferente a diferentes tipos de intervenção e estratégias terapêuticas (Blatt, 1990, 1991, 1995b, 2008). As mudanças clínicas em pacientes anaclíticos manifestam-se, primeiramente, na qualidade das relações interpessoais. As mudanças nos pacientes introjectivos ocorrem, sobretudo, ao nível da intensidade da expressão sintomática e na qualidade dos seus processos cognitivos. As mudanças nos pacientes anaclíticos tendem a ser lentas e subtis, enquanto que nos pacientes introjectivos tendem a ser mais rápidas e evidentes (e.g., Blatt, 2008; Blatt et al., 2007; Blatt & Blass, 1992; veja-se também Blatt & Felsen, 1993). Werbart (2014), no entanto, sugere que mudanças mais estáveis na estrutura mental podem ser mais difíceis de atingir em pacientes introjectivos do que em pacientes anaclíticos. Por outro lado, os pacientes anaclíticos parecem responder melhor a expressões de suporte por parte do terapeuta, enquanto os pacientes introjectivos parecem responder melhor a intervenções de cariz exploratório / interpretativo (e.g., Blatt, 2008; Blatt, Zuroff, Hawley, & Auerbach, 2010; Luyten & Blatt, 2013).

Acresce que Blatt sugere que os esquemas cognitivo-afectivos não só são importantes no desenvolvimento psicológico e para compreender as diferentes formas de psicopatologia, mas também poderão ter uma importância central para o estudo do processo terapêutico. A mudança psicoterapêutica envolverá, muito provavelmente, uma reactivação do

processo sinérgico de desenvolvimento e, o contexto terapêutico e as experiências interpessoais que aí ocorrem permitirão, porventura, a criação de condições para uma revisão do sentido do *Self*, o que permitirá expressões mais evoluídas de relacionamento interpessoal, que por sua vez, poderão contribuir para uma reedificação mais madura do *Self* (Blatt, 2008; Luyten, Blatt, & Mayes, 2012).

De facto, se as várias formas de psicopatologia implicam distorções nas representação objectais e do *Self* e se vinculações seguras na infância resultam na construção de esquemas progressivamente mais evoluídos, então faz sentido pensar que interacções construtivas entre paciente e terapeuta possam facilitar a revisão das representações perturbadas do *Self* e dos objectos (Blatt, 2008; Luyten & Blatt, 2013; Luyten et al., 2012). Experiências alternadas e reparadoras de vinculação e desvinculação, aproximação e afastamento ao longo do processo terapêutico poderão resultar numa eliminação progressiva das representações mentais disfuncionais e no desenvolvimento de novas representações, mais articuladas, diferenciadas e integradas do *Self* e dos outros (Blatt & Luyten, 2009; Blatt, Auerbach, & Behrends, 2008).

Assim sendo, o objectivo central da intervenção psicoterapêutica não será, certamente, reduzir apenas os sintomas, mas possibilitar uma retoma do processo normativo de desenvolvimento (Blatt, 2008; Coimbra de Matos, 2002).

A utilização do QED, enquanto medida de avaliação do relacionamento e da auto-definição, poderá dar um contributo para a planificação da intervenção terapêutica. Ele será útil, fundamentalmente, para ajudar a definir a configuração de personalidade / psicopatologia que o indivíduo “privilegia”, o seu foco desenvolvimental básico e, não tanto, o nível em que essa estruturação interna se situa.

3- A versão original do Questionário de Experiências Depressivas

Para a avaliação do relacionamento e da auto-definição, Blatt e colegas (1976, 1979) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas (QED), um instrumento de auto-relato que tinha inicialmente como objectivo avaliar os dois tipos de experiências depressivas, anaclíticas ou de dependência e introjectivas ou de auto-criticismo (veja-se Campos, 2000b, 2009b). No entanto, diversos estudos posteriores, quer com amostras clínicas, quer com amostras não clínicas, têm vindo a demonstrar a capacidade do instrumento para avaliar mais genericamente as características anaclíticas e introjectivas da personalidade ou, dito de outra forma, para avaliar as dimensões do relacionamento e da auto-definição de uma forma mais abrangente (Blatt, 2008).

Na investigação empírica, a dependência e o auto-criticismo têm sido considerados traços ou características associadas às duas configurações psicopatológicas ou estilos de personalidade, dimensões de personalidade que podem predispor os sujeitos não só à depressão, mas a outras formas de *distress* (e.g., Bers, Besser, Harpaz-Rotem, & Blatt, 2013; Besser & Priel, 2003; Besser, Vliegen, Luyten, & Blatt, 2008; Blatt, 2004; Campos, Besser, & Blatt, 2010, 2012, 2013; Priel & Shahar, 2000) e a comportamentos de risco, como sejam os comportamentos suicidários (e.g., Campos et al., 2014; Campos & Holden, 2015; Fazaá & Page, 2003). No panorama internacional, o questionário tem sido muito utilizado numa variedade de contextos e áreas temáticas de investigação, nomeadamente a relação entre personalidade e psicopatologia, especialmente a depressão.

O QED foi desenvolvido num quadro conceptual que assume uma continuidade entre o afecto depressivo em populações clínicas e não clínicas e em que a depressão clínica é vista como uma expressão extrema num *continuum* com as experiências afectivas normais (Campos et al., 2013). É constituído por 66 itens e foi construído para avaliar, não os sintomas da depressão, mas as experiências subjectivas internas e do dia-a-dia relatadas por indivíduos deprimidos em amostras clínicas e não clínicas (veja-se Blatt, 2004). Com base numa revisão da literatura clássica sobre a depressão (e. g. Freud, 1917; Bibring, 1953; Cohen, Baker, Cohen, De-Reichman, & Weigert, 1954), Blatt e colegas reuniram 120 afirmações relativas a experiências descritas por indivíduos deprimidos – como se relacionam com os outros, como se sentem sobre si mesmos, as suas preocupações e como conduzem as suas vidas. Sessenta e seis destas afirmações foram seleccionadas por vários juízes como descrevendo experiências fenomenológicas típicas da depressão e são apresentadas no questionário sob a forma de itens a serem respondidas em escalas de *Likert* de 7 pontos, de discordo totalmente a concordo totalmente (Campos et al. 2013).

O QED permite obter resultados para dois factores relativos às experiências depressivas, Dependência e Auto-criticismo (Blatt et al, 1976; Blatt & Zuroff, 1992), que são consistentes com as duas dimensões depressivas previamente discutidas por Blatt (1974). O QED também permite obter um resultado para um terceiro factor designado de *Eficácia*.

Esses três factores foram obtidos a partir de uma Análise em Componentes Principais aos resultados obtidos por uma amostra de estandardização de jovens adultos americanos, 500 do sexo feminino e 160 do sexo masculino, estudantes universitários (Blatt et al, 1976, 1979). Blatt et al (1976) retiveram estes três factores porque os factores adicionais

"explicavam uma percentagem de variância muito pequena (<5%), para poderem ter relevância psicológica ou estatística" (Blatt et al., 1976, p. 384). Os três factores explicam uma percentagem de 25.5% do total da variância. Esta estrutura factorial foi replicada muitas vezes com uma grande variedade de amostras em diversas culturas (veja-se Blatt, 2004; Campos et al., 2013).

O primeiro factor, Dependência, inclui itens relativos a temáticas como a preocupação com a dependência em relações interpessoais íntimas, o medo do abandono e da perda do objecto e sentimentos de desamparo e solidão (por exemplo, "Muitas vezes sinto-me desamparado(a)" e "Fico assustado(a) quando me sinto sozinho(a)"). Os itens que saturam no segundo factor, Auto-criticismo, reflectem preocupação com questões de fracasso, sentimentos ambivalentes sobre si e os outros e uma intensa e dura autocrítica (por exemplo, "Sinto-me culpado(a) com frequência" e "Tenho tendência para não estar satisfeito com aquilo que tenho") (Campos, 2000b, 2009b).

Para além destes dois factores, foi obtido um terceiro factor, designado de Eficácia. Os itens do factor de eficácia reflectem sentimentos de realização pessoal e uma orientação para objectivos, mas não uma excessiva competitividade com os outros (por exemplo, "Sinto-me bem comigo próprio(a) quer tenha sucesso, quer falhe"). A maioria dos estudos que utilizaram o QED focalizou-se nos dois primeiros factores, devido à sua relevância para o funcionamento desadaptativo, bem como as limitações empíricas do factor de Eficácia (por exemplo, apenas 5 itens apresentam uma saturação elevada [$>.40$], neste factor).

Alguns autores (e. g. Nietzel & Harris, 1990; Shapiro, 1988), com base nos resultados de Blatt et al. (1982) referem que o factor de Eficácia poderá relacionar-se com uma defesa hipomaniáca contra a depressão, particularmente em amostras clínicas. No entanto, o factor de Eficácia em amostras não clínicas, poderá avaliar, do ponto de vista desenvolvimental, um nível mais evoluído e adaptativo da auto-definição (Blatt, 2008). Consistentemente, alguns resultados empíricos (e. g. Shahar et al., 2004) sugerem um possível efeito protector da Eficácia para a ocorrência de depressão. De qualquer forma, é relevante que o factor de Eficácia seja independente dos outros dois factores, levando Fuhr e Shean (1992) a concluir que o constructo avaliado pelo factor de Eficácia é "algo mais" do que a simples ausência de Dependência e de Auto-criticismo (Campos, 2000b, 2009b).

A forma de obtenção dos resultados é, para o QED, algo complexa. Para a cotação do questionário, o resultado em cada um dos 66 itens é estandardizado e multiplicado pelo coeficiente factorial em cada um dos factores. Deste modo, cada item é utilizado para o cálculo de cada um dos

factores de forma ponderada, ao contrário do que acontece habitualmente em questionários de personalidade, em que cada item "entra" apenas no cálculo do resultado de uma ou mais escalas, mas sem ter em conta qualquer tipo de ponderação factorial (Campos, 2009b).

A consistência interna dos três factores foi considerada adequada com valores de alfa de Cronbach moderados, quer no estudo original de standardização (Blatt, D'Afflitti et al., 1979), entre 0.72 e 0.83, quer num estudo de replicação levado a cabo mais tarde (Zuroff, Quinlan, & Blatt., 1990), entre 0.69 e 0.80.

Dependência e Auto-criticismo apresentam valores de precisão teste-reteste adequados, mostrando-se estáveis ao longo do tempo. Os valores de correlação teste-reteste, respectivamente para Dependência e Auto-criticismo, foram de 0.80 e 0.75, com um intervalo de 13 semanas, e de 0.89 e 0.83, com um intervalo de cinco semanas (Zuroff et al., 1983). Overholser e Freiheit (1994) obtiveram uma correlação teste-reteste de 0,78 para o factor de Dependência, com um intervalo de 10 semanas. Overholser (1992) apresenta correlações teste-reteste de 0.78 e 0.75, respectivamente, para os factores de Dependência e de Auto-criticismo, com um intervalo de 10 semanas. Zuroff, Igreja e Mongrain (1990) apresentam valores de correlação teste-reteste de 0.79 para ambos os factores, com um intervalo de 12 meses, mas num grupo de indivíduos com resultados extremos no QED. Também Ouimette e Klein (1993) obtiveram valores de correlação teste-reteste que demonstram a estabilidade temporal dos factores de Dependência e de Auto-criticismo do QED, em sujeitos universitários. As correlações foram, respectivamente, de 0.71 e 0.77, com um intervalo de 10 semanas (Campos, 2009b).

A estabilidade temporal dos factores apoia a conceptualização teórica de Blatt, segundo a qual, a dependência e o auto-criticismo podem ser consideradas características de personalidade estáveis, que não afectadas por estados depressivos em populações não clínicas (Nietzel & Harris, 1990; Zuroff et al., 1983; Zuroff & Lorimier, 1989; veja-se Campos, 2009b).

A investigação (veja-se um resumo em Blatt, 2004) tem mostrado, aliás, que as duas dimensões fundamentais avaliadas pelos dois primeiros factores do QED, a Dependência e o Auto-criticismo, constituem duas formas de vulnerabilidades à depressão.

O foco do QED em experiências subjectivas, ao invés de sintomas depressivos, tem enriquecido a compreensão da depressão tanto em populações clínicas, como em populações não clínicas (Campos et al., 2013). As observações clínicas de Blatt (1974), o desenvolvimento posterior e os resultados obtidos com o QED (e.g., Blatt et al, 1976, 1979, 1982)

influenciaram outros teóricos (e.g., Arieti & Bemporad, 1978; Beck, 1983) que, para além de proporem, como foi discutido anteriormente, formulações próximas, construíram outros instrumentos de avaliação, como por exemplo, a Escala de Autonomia e Sociotropia (SAS; Beck, Epstein, Harrison & Emery, 1983), e o Inventário de Estilos de Personalidade (PSI; Robins, Ladd, Welkowitz, Blaney, Diaz, & Kutcher 1994) para avaliar aspectos similares das experiências depressivas, como por exemplo, a sociotropia e a autonomia (Beck, 1983). Os resultados com estas medidas apoiam a formulação anterior de Blatt (1974) sobre a existência das duas dimensões primárias da depressão (veja-se Nietzel & Harris, 1990; Blatt 2004) e têm dado um contributo para a investigação sobre a relação entre a organização de personalidade e outras formas de psicopatologia.

Uma série de estudos tem demonstrado características psicométricas aceitáveis do QED, tanto em amostras clínicas como em amostras não clínicas, nomeadamente a sua validade (veja-se Blatt, 2004; Campos, et al., 2013; Desmet, Vanheule, Groenvynck, Verhaeghe, Vogel, & Bogaerts 2007; Desmet, Verhaeghe, Van Hoorde, Meganck, Vanheule, & Murphy 2009). Do ponto de vista empírico, os factores de Dependência e Auto-criticismo correlacionaram-se de forma significativa com uma série de outras medidas de funcionamento psicológico e da psicopatologia (e.g. o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos). O factor de Auto-criticismo correlacionou-se fortemente com medidas de depressão, mas o factor de Dependência apresenta valores de correlação mais baixos, às vezes não significativos, com essas medidas. Tanto em amostras clínicas como em amostras não clínicas, a Dependência e o Auto-criticismo apresentam-se como factores independentes entre si (veja-se uma revisão em Blatt, 2004; Campos, 2009b; Campos et al., 2013; Zuroff, Mongrain, & Santor, 2004).

Luyten et al. (2007), por exemplo, compararam os resultados no QED de uma amostra de pacientes com perturbação depressiva major (PDM) com os resultados de uma amostra de pacientes psiquiátricos sem depressão major, uma amostra de estudantes universitários e uma amostra de adultos da comunidade. Verificaram que a Dependência se associou com a PDM, enquanto o Auto-criticismo não diferenciou os pacientes com depressão major dos pacientes da amostra psiquiátrica indiferenciada. O nível de gravidade da depressão, no entanto, associou-se mais claramente com o Auto-criticismo do que com a Dependência. A Dependência e Auto-criticismo relacionaram-se com *clusters* de sintomas depressivos teoricamente previstos.

Dunkley, Schwartzman, Loper, Sigal, Pierre e Kotowycz (2012) estudaram o Auto-criticismo e a Dependência como vulnerabilidades

específicas da personalidade que podem contribuir para uma melhor compreensão de problemas psicossociais relevantes em indivíduos com doença coronária. Os participantes no seu estudo foram 123 pacientes com diagnóstico de doença coronária. A Análise de Regressão Múltipla Hierárquica demonstrou a validade de incremento do Auto-criticismo e da Dependência, relativamente à agressividade/raiva/hostilidade, afetividade negativa e inibição social, na previsão do desajustamento. Campos et al. (2012) verificaram que a Dependência e o Auto-criticismo se mostraram factores de vulnerabilidade para o *distress* (hostilidade, depressão, ansiedade e sensibilidade interpessoal), *distress* este que, por sua vez, contribuiu para um aumento da vulnerabilidade ao risco de suicídio (veja-se também Blatt, 1995a; Blatt et al, 1982; Fazaá & Page, 2003; Sobrinho, Campos, & Holden, 2016).

Investigação subsequente aos primeiros trabalhos de desenvolvimento e validação do QED (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995; Blatt, Zohar, Quinlan, Luthar, & Hart, 1996; Rude & Burnham, 1995) mostrou que se podem considerar dois sub-factores no factor de Dependência – um sub-factor menos adaptativo, a Necessidade; e um sub-factor mais adaptativo, o Contacto. Rude e Burnham (1995) realizaram uma análise factorial de segunda ordem aos 29 itens com maior peso no factor de Dependência, de modo a calcular os coeficientes factoriais nos sub-factores de Necessidade e Contacto.

Blatt et al. (1995) referem que a análise do conteúdo dos itens do factor de Dependência, sugere que medem uma variedade de aspectos do relacionamento interpessoal, desde aspectos ligados a uma dependência marcada dos outros e a formas mais imaturas de relacionamento, a questões mais evoluídas, como a mutualidade e a interdependência, de acordo com os desenvolvimentos teóricos posteriores de Blatt (1990; Blatt & Shichman, 1983). Blatt e colegas colocavam, aliás, a hipótese de que as correlações mais fracas entre o factor de Dependência e medidas de sintomas depressivos se devessem ao facto de itens que medem verdadeiramente a dependência se encontrassem misturados com itens que medem uma forma mais evoluída de relacionamento interpessoal. Teoricamente, faria sentido, *a priori*, propor duas facetas dentro do factor de dependência. A primeira englobaria itens que expressavam, sobretudo, uma grande necessidade dos outros, mas sem uma diferenciação clara relativamente a quem se é dependente. Os itens com peso nesta faceta estão relacionados com temas como o desamparo e a fragilidade na ausência dos outros. A segunda faceta deveria conter itens avaliando o relacionamento com uma pessoa em particular, não uma relação indiferenciada. Não haveria aqui um sentimento de desamparo ou de aniquilação na ausência da relação, mas sim uma valorização dessa

relação e, por conseguinte, uma vulnerabilidade à perda. O tema central seria a solidão (Blatt et al., 1995).

Diversos trabalhos posteriores confirmam diferenças nos correlatos e na expressão destas duas dimensões (e. g. Campos, et al.; 2011; Campos, Besser, Ferreira, & Blatt., 2012; McBride & Bagby, 2006). A Necessidade mas não o Contacto relaciona-se e prevê a ocorrência de sintomas depressivos (e.g., Campos et al., 2013; Campos, Mesquita, Besser, & Blatt, 2014).

Apesar da grande aceitação do QED e de uma quantidade considerável de resultados de investigação com este instrumento, alguns investigadores questionaram a sua validade (e.g., Coyne & Whiffen, 1995; Coyne, Thompson, & Whiffen 2004; Desmet, Vanheule, & Verhaeghe, 2006; Lehman, et al., 1997; Viglione, Philp, Clemmey, & Camenzuli, 1990). Coyne et al. (2004), por exemplo, afirmaram que o QED não permite medir com rigor os constructos psicanalíticos que se propõe medir. Desmet et al. (2009) concluíram que não havia evidências que apoiassem uma divergência entre os resultados que obtiveram e as formulações teóricas de Blatt, mas que são necessários mais estudos para avaliar a validade dos factores no que respeita a diferenças de género. Zuroff, Mongrain e Santor (2004), no entanto, concluíram que os constructos propostos por Blatt são dimensões contínuas, quase ortogonais que podem ser identificadas e avaliadas independentemente do neuroticismo e da depressão (veja-se Campos, et al., 2013).

Para ultrapassar algumas das dificuldades do QED, especialmente a baixa variância explicada (25%), e para obter uma alternativa para o seu complexo processo de cotação, foram construídas várias versões reduzidas do QED, algumas com um sistema de cotação unitário e não factorialmente ponderado, como por exemplo, o QED revisto (Welkowitz, Lish & Bond, 1985), o QED reconstruído (Bagby, Schuller Parker, Levitt, Joffe, & Shafir, 1984) e a forma do QED da universidade de McGill (Santor, Zuroff, & Fielding, 1997; Santor, Zuroff, Mongrain, & Fielding, 1997). Mas Zuroff et al. (2004), com base numa extensa revisão da literatura, recomendam o uso do QED original (forma longa) sempre que possível.

Dada a grande quantidade de investigação realizada sobre as duas dimensões básicas da personalidade e da psicopatologia, o relacionamento interpessoal e a auto-definição (Blatt, 2008), vários esforços foram realizados para traduzir o QED para outras línguas, incluindo francês, alemão, hebraico, espanhol, árabe, japonês e chinês (veja-se Campos et al., 2013). Kuwabara, Sakado, Sakado, Sato e Someya (2004), por exemplo, verificaram que a versão japonesa do QED apresenta valores de precisão semelhantes aos obtidos com o QED original. Comparando indivíduos

com e sem história de depressão major, verificaram que os primeiros apresentaram resultados médios significativamente mais elevados em Auto-criticismo. Yao et al. (2009), utilizando a versão chinesa do QED, verificaram que a Dependência e o Auto-criticismo previram a depressão ao longo de um período de um mês numa amostra não-clínica, concluindo que a versão chinesa do QED apresenta uma validade de constructo e preditiva satisfatória, sendo apropriada para avaliar a vulnerabilidade à depressão em estudantes universitários chineses.

4- Material do teste

Para além deste manual (que contém a fundamentação teórica da prova, os estudos de adaptação para a população portuguesa, os dados normativos e os procedimentos de aplicação e cotação), o material do teste consiste numa folha de respostas, contendo as instruções e os 66 itens a serem respondidos numa escala de *Likert* de 7 pontos e em dois ficheiros de cotação num CD anexo. Será ainda necessário material auxiliar: um lápis e uma borracha, bem como uma superfície plana que o sujeito possa utilizar para responder ao teste. A folha de resposta que se encontra no CD anexo pode ser impressa as vezes que forem necessárias.

5- Aplicação

A utilização do Questionário de Experiências Depressivas pode ser relevante, quer na prática clínica, quer na investigação, para avaliar os traços de personalidade de acordo com a conceptualização de Sidney Blatt. Existe uma versão da prova para adolescentes, o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A; Campos, Besser, Morgado, & Blatt, 2014), pelo que o QED deverá ser aplicado apenas a indivíduos adultos. Não foram obtidos dados normativos com idosos, pelo que a prova não deverá ser utilizada nesta faixa etária, pelo menos na prática clínica.

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 ter em conta aquando da aplicação de qualquer teste psicológico. O ambiente deve ser tranquilo e devem evitar-se interrupções. Os respondentes devem, tanto quanto possível, estar motivados e tranquilos

quanto ao uso que o utilizador dará aos resultados, no sentido de se evitar a ocorrência de estilos e atitudes inadequadas de resposta. Não há tempo de limite de aplicação.

A aplicação pode ser individual ou colectiva. As instruções do teste estão impressas na folha de respostas e podem ser lidas pelo utilizador ou, em alternativa, pelo respondente. É importante que o(s) indivíduo(s) que responde(m) tenha(m) compreendido bem a tarefa antes de iniciar as respostas. Este(s) deve(m) depois preencher o cabeçalho com os seus elementos pessoais. É aconselhável que o utilizador monitorize, ainda que de forma não intrusiva, o desempenho do(s) participante(s), especialmente no início da aplicação.

Com pessoas analfabetas ou com dificuldades de leitura o psicólogo pode ler os itens em voz alta e pedir a resposta à pessoa. 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 uma pessoa possa responder ao teste na forma estandardizada. No entanto, muitas pessoas com um nível de escolaridade inferior apresentam competências de leitura suficientes para compreender adequadamente o conteúdo dos itens. Em última instância, cabe 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 questionário.

No final da aplicação o utilizador 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 (ou quando existem itens com duas respostas), o cliente ou participante pode ser convidado a responder a esses itens.

6- Cotação

A cotação é um procedimento complexo que deve ser realizado mediante a utilização dos ficheiros que constam do CD anexo. O utilizador deve dispor do software SPSS e fazer uma cópia dos dois ficheiros de cotação do CD ("Folha de cotação" e "Syntax para cotação") para o seu próprio computador. A seguir, deve introduzir na base de dados SPSS ("Folha de cotação") os valores dos 66 itens nas respectivas células (d1 a d66) e proceder ao cálculo automático dos valores totais dos cinco factores e sub-factores: Dependência, Auto-criticismo, Eficácia, Necessidade e Contacto, utilizando o ficheiro de syntax SPSS desenvolvido por Avi Besser & Alon Babchoock². Para o efeito, basta abrir

² Queremos agradecer ao Prof. Avi Besser a gentileza de disponibilizar o seu ficheiro de

esse ficheiro de syntax, clicando em "File" seguido de "Open" e depois "Syntax", colocar o cursor no topo da página de syntax, clicar na opção "Run" e depois na opção "All". A syntax fará o cálculo dos valores para os cinco factores e sub-factores. O utilizador deverá considerar apenas os valores nas colunas 70 "depend", 71 "sc" e 72 "eff", para Dependência, Auto-criticismo e Eficácia, respectivamente. Deverá também considerar os valores das colunas 147 e 148, "needy" e "connect", respectivamente, para Necessidade e Contacto. Dúvidas relativas à cotação podem ser colocadas ao autor deste manual via email.

7- Interpretação

A interpretação dos resultados do questionário pressupõe o conhecimento dos seus fundamentos teóricos, apresentados no capítulo 2 e, dos estudos de desenvolvimento e validação da versão original da prova, apresentados no capítulo 3 deste manual. Recomenda-se também que o intérprete tenha uma adequada formação em Psicopatologia, teorias da personalidade, Psicometria e avaliação psicológica em contextos clínicos. Os valores obtidos nos cinco factores e sub-factores, expressos em resultados ponderados, devem ser comparados com os valores normativos apresentados neste manual na secção 10 (tabela 1). Recomenda-se que o questionário não seja utilizado sem a leitura prévia completa deste manual.

II- ADAPTAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

8- O programa de adaptação e validação para a população portuguesa

O QED foi traduzido para a língua portuguesa e foram obtidos dados normativos para adultos da comunidade e estudantes universitários. Para além disso, a versão portuguesa foi aplicada a mais quatro amostras para testar a suas características psicométricas: uma amostra de sujeitos bilingues, uma amostra de pacientes psiquiátricos e duas amostras de estudantes universitários. Com o total das seis amostras, foi possível testar a equivalência de medida, a consistência interna, a precisão teste-reteste a estrutura factorial, a validade convergente e discriminante, a validade referenciada por um critério e a validade preditiva do QED. Foram utilizadas duas medidas adicionais, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) e o Inventário Breve de Sintomas (BSI; Derogatis, 1993), para avaliar a validade convergente e discriminante da versão portuguesa do QED (veja-se Campos et al., 2013; Campos, submetido).

9- Tradução do QED, estudo piloto e demonstração da equivalência linguística

A tradução do QED para a língua portuguesa foi realizada em várias etapas: tradução preliminar; avaliação desta tradução por especialistas clínicos com proficiência em inglês; realização de duas retroversões e sua posterior avaliação. Este trabalho de tradução e adaptação foi autorizado por Sidney Blatt, autor principal da versão original da prova. Foi ainda realizada uma aplicação piloto do questionário.

Os itens foram traduzidos da forma mais literal possível e, quando isso não foi possível, tentou manter-se o significado do item original seguindo as directrizes de Van de Vijver e Hambleton (1996). O conteúdo das instruções também foi mantido. A tradução preliminar foi avaliada por quatro psicólogos clínicos. Em seguida, um tradutor de inglês realizou uma retroversão da forma em língua portuguesa para o inglês, sem ter acesso ao QED original, e outro tradutor comparou a retroversão com a forma original. Foram corrigidas algumas diferenças em alguns itens. Finalmente, antes de um estudo piloto realizado com 32 participantes para avaliar a compreensão dos itens, uma segunda retroversão foi efectuada. Na sequência desta segunda retroversão nenhuma outra alteração foi feita ao questionário. Embora alguns itens apresentassem uma redacção

diferente relativamente à versão original do QED, porque alguns deles são extensos e complexos e difíceis de traduzir, essas diferenças não justificaram modificações, porque o significado dos itens traduzidos parecia idêntico ao dos itens originais. Esta segunda retroversão foi também analisada pelo autor principal da versão original

O estudo piloto foi realizado com 32 participantes estudantes universitários. Pediu-se aos sujeitos que sempre que tivessem alguma dúvida na compreensão de algum item não hesitassem em colocá-la. Esta última directiva foi enfatizada, referindo que se tratava de uma aplicação piloto e que seria importante para o autor saber quais os itens que poderiam suscitar dificuldades de compreensão. Foram levantadas dúvidas em onze itens, tendo três itens sido questionados por dois participantes diferentes. Nenhum item foi sistematicamente questionado, o que sugeriu que os itens da versão portuguesa, aparentemente, não levantam dificuldades de compreensão.

Para testar a equivalência linguística da medida, pedimos a uma amostra de sujeitos "bilingues" para responder à versão americana e à forma experimental portuguesa. Esta amostra era constituída por vinte e seis alunos de um curso de licenciatura em tradução de Inglês de uma universidade portuguesa (16 mulheres e 10 homens), com idades entre os 21 e os 26 anos que, responderam às duas formas do QED, a original e a versão experimental portuguesa. Metade dos participantes respondeu primeiro à versão em português e a outra metade respondeu primeiro à versão original em inglês. Para limitar os enviesamentos de memória, os participantes responderam a três outros questionários (num total de 105 itens), entre a resposta às duas formas do QED.

As correlações entre cada um dos três factores da versão original e os três factores correspondentes da forma portuguesa do QED foram de 0.85, 0.85 e 0.90 para Dependência, para Auto-criticismo e para Eficácia, respectivamente. Estes resultados são sugestivos de uma equivalência entre as duas versões do questionário, uma vez que os sujeitos "bilingues" apresentam resultados totais idênticos nos três factores do instrumento, em ambas as versões.

10- Obtenção dos dados normativos

Os dados normativos foram obtidos para uma amostra de 1545 adultos da comunidade. Setecentos e cinquenta participantes são do género masculino e 795 são do género feminino. As idades variaram entre os 18 e os 69 anos ($M = 36.91$, $DP = 12.26$). A maioria dos participantes era caucasiana e o nível educacional variou entre os 4 e os 21 anos ($M = 12.02$,

DP = 3.25). Todos os protocolos foram recolhidos em sessões individuais por assistentes de investigação previamente treinados.

A segunda amostra normativa é constituída por 488 estudantes de diversas universidades portuguesas. Trezentos e cinquenta e nove estudantes são do sexo feminino e 129 são do sexo masculino, com idades que variaram entre os 18 e os 29 anos (M = 20.42, DP = 4.90). Os protocolos foram obtidos em aplicações colectivas. Em ambas as amostras, os participantes não foram pagos ou compensados de outra forma pela sua participação e as instruções foram apresentadas em formato escrito. Os valores das médias e desvios-padrão nos três factores e nos dois sub-factores do QED obtidos pelos indivíduos de ambas as amostras normativas são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Resultados médios obtidos no QED pelas amostras normativas

Factor	Género	Comunidade		Estudantes	
		M	DP	M	DP
Dependência	<i>Homens</i>	-0.67	0.83	-0.52	0.98
	<i>Mulheres</i>	-0.24	0.85	0.04	0.85
Auto-criticismo	<i>Homens</i>	-0.51	0.99	-0.25	0.90
	<i>Mulheres</i>	-0.53	0.99	-0.39	0.90
Eficácia	<i>Homens</i>	-0.38	1.17	-0.29	0.96
	<i>Mulheres</i>	-0.48	1.11	-0.22	0.93
Necessidade	<i>Homens</i>	-0.26	0.78	-0.03	0.86
	<i>Mulheres</i>	0.03	0.84	0.26	0.79
Contacto	<i>Homens</i>	-0.43	0.94	-0.34	0.87
	<i>Mulheres</i>	-0.14	0.97	0.07	0.79

Nota: n = 1545 e n = 488, respectivamente para a amostra da comunidade e para a amostra de estudantes.

11- Diferenças de género e distribuições de resultados

Comparando os resultados obtidos pelos indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino da amostra da comunidade em Dependência, Auto-criticismo, Eficácia, Necessidade e Contacto, verificou-se que Dependência foi significativamente mais elevada nas mulheres, *t*

[1543] = 10.04, $p < .001$), mas não se encontraram diferenças significativas em Auto-criticismo e Eficácia. Necessidade foi significativamente mais elevada nas mulheres $t_{[1543]} = 7.13$, $p < .001$, bem como Contacto $t_{[1543]} = 6.02$, $p < .001$.

Na amostra de 488 estudantes universitários e, também, de forma consistente com resultados anteriores, verificou-se que Dependência foi significativamente mais elevada nos indivíduos do sexo feminino, $t_{[486]} = 6.21$, $p < .001$), mas não foram encontradas diferenças significativas para Auto-criticismo e para Eficácia. Necessidade foi significativamente mais elevada nas estudantes do sexo feminino, $t_{[486]} = 3.43$, $p < .001$, bem como Contacto, $t_{[486]} = 4.95$, $p < .001$.

Consistentemente com resultados em estudos anteriores, as mulheres pontuaram significativamente mais alto do que os homens no factor de Dependência (e.g., Aube & Whiffen, 1996; Chevron, et al., 1978; Dunkley, Blankstein, & Flett, 1997; Overholser, 1992; Zuroff, 1994; Zuroff & Fitzpatrick, 1995; Zuroff et al., 1990).

Consistentemente também com resultados de estudos anteriores, os homens pontuaram mais alto do que as mulheres em Auto-criticismo, não sendo, no entanto, esta diferença estatisticamente significativa (e.g., Aube & Whiffen, 1996; Overholser, 1992; Zuroff, 1994; Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Os resultados estão, no entanto, em desacordo com os de outros estudos, onde se obtiveram diferenças significativas entre sexos em Auto-criticismo (Chevron et al., 1978; Dunkley et al., 1997; Zuroff et al., 1990).

Poucos estudos anteriores apresentaram os valores médios nos factores de Necessidade e Contacto separadamente por sexos. Consistentemente com alguns resultados anteriores (Bacchiocchi, Bagby, Cristi, & Watson, 2003), os sujeitos do sexo feminino de ambas as amostras normativas pontuaram significativamente mais alto do que os do sexo masculino, quer em Necessidade, quer em Contacto. No entanto, outros estudos (Rude & Burnham, 1995) encontraram diferenças significativas para Contacto, mas não para Necessidade.

Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se as distribuições de resultados nos diversos factores e sub-factores se aproximavam da curva normal. Os resultados mostram que as distribuições não se afastam significativamente da curva normal ($ps > .05$).

12- Comparação com mostras americanas

Foram comparados os resultados obtidos pelas sub-amostras normativas de estudantes universitários portugueses do sexo masculino e do sexo feminino com os resultados obtidos pelos estudantes americanos

nos três factores do QED. As estudantes portuguesas obtiveram resultados significativamente mais elevados do que as estudantes americanas em Dependência, $t_{[857]} = 2,86, p < .01$, mas não se encontraram diferenças para os sujeitos do sexo masculino. Os estudantes portugueses, do sexo masculino, $t_{[287]} = 2.31, p < .05$, e do sexo feminino, $t_{[857]} = 3.52, p < .001$, pontuaram significativamente mais baixo do que os americanos em Auto-criticismo. Os estudantes portugueses, quer do sexo masculino, $t_{[287]} = 4.5, p < .001$, quer do sexo feminino, $t_{[857]} = 6.03, p < .001$, também pontuaram significativamente mais baixo do que os estudantes americanos em Eficácia.

Contrariamente, por exemplo, as estudantes da amostra chinesa de adaptação (Yao et al., 2009) pontuaram significativamente mais baixo que as estudantes americanas em Dependência e, quer os estudantes chineses do sexo masculino, quer os do sexo feminino, pontuaram mais alto em Auto-criticismo. Tanto os estudantes chineses, como os portugueses, pontuaram mais baixo que os americanos em Eficácia. São diferenças inter-culturais importantes que justificam investigação adicional (veja-se Triandis, 1994, 1995, 2001 sobre a investigação inter-cultural do relacionamento e da auto-definição).

13- Consistência interna

Na amostra normativa da comunidade, os alfas de Cronbach foram .73, .79, .74, .64 e .70, respectivamente para os factores de Dependência, Auto-criticismo, Eficácia, e para os sub-factores de Necessidade e Contacto. Na amostra de estudantes universitários, os alfas de Cronbach foram .80, .78, .70, .68 e .69, respectivamente para os factores e sub-factores de Dependência, Auto-criticismo, Eficácia, Necessidade e Contacto.

14- Precisão teste-reteste

Para testar a precisão teste-reteste, utilizou-se uma amostra de 63 estudantes universitários, todos do sexo feminino, com idades que variaram entre os 18 e os 35 anos ($M = 21.21, DP = 3.54$). Os participantes, em pequenos grupos de cerca de 20 alunos, responderam à versão portuguesa do QED em duas ocasiões, com um intervalo de cerca de seis meses entre as duas aplicações. Dependência avaliada no momento 1 correlacionou-se significativamente com Dependência avaliada no momento 2, seis meses depois ($r = .72, p < 0,001$). Auto-criticismo avaliado no momento 1 também se correlacionou de forma significativa com Auto-criticismo avaliado no momento 2 ($r = .74, p < 0,001$) bem como Eficácia (r

= .68, $p < .001$). Necessidade avaliada no Momento 1 correlacionou-se significativamente com Necessidade avaliada no Momento 2 ($r = .68, p < .001$), bem como Contacto ($r = .64, p < .001$).

Uma segunda amostra de 165 estudantes universitários foi avaliada em dois momentos diferentes com cerca de cinco meses de intervalo. Cento e vinte e quatro indivíduos eram do género feminino e 41 indivíduos eram do género masculino com uma idade que variou entre os 18 e os 45 anos ($M = 20.23, DP = 3.15$). Dependência avaliada no Momento 1 correlacionou-se significativamente com Dependência avaliada no Momento 2 ($r = .75, p < .001$). Auto-criticismo avaliado no Momento 1 também se correlacionou significativamente com Auto-criticismo avaliado no Momento 2 ($r = .77, p < .001$), bem como Eficácia ($r = .62, p < .001$). Necessidade no Momento 1 também se correlacionou significativamente com Necessidade no Momento 2 ($r = .79, p < .001$), bem como Contacto ($r = .64, p < .001$).

15- Validade convergente e discriminante

A Tabela 2 apresenta as correlações entre os factores do QED. Dependência correlacionou-se significativamente com Eficácia ($r = .17, p < .001$), com Necessidade ($r = .62, p < .001$) e com Contacto ($r = .77, p < .001$). Auto-criticismo correlacionou-se com Eficácia ($r = .10, p < .001$), com Necessidade ($r = .41, p < .001$) e com Contacto ($r = .14, p < .001$). Eficácia correlacionou-se com Necessidade ($r = -.34, p < .001$) e com Contacto ($r = .58, p < .001$). Necessidade correlacionou-se com Contacto ($r = .15, p < .001$).

A ausência de uma correlação significativa entre Dependência e Auto-criticismo é consistente com a literatura, com a maioria dos estudos a não apresentarem correlações significativas entre estes factores do QED em amostras não clínicas (veja-se Blatt, 2004). Contudo, Auto-criticismo correlacionou-se significativamente com Necessidade, a componente desadaptativa da Dependência e marginalmente com Contacto. Contacto, no entanto, correlacionou-se fortemente com Eficácia, o que confirma que esta componente mais evoluída de Dependência pode ser uma dimensão adaptativa. Necessidade correlacionou-se marginalmente com Contacto. Em estudos anteriores, estas duas dimensões correlacionaram-se significativamente numa amostra de estudantes, mas não numa amostra clínica (McBride, Zuroff, Bacchiocchi, & Bagby, 2006).

Tabela 2. Correlações entre factores e sub-factores do QED

Variáveis	1	2	3	4
1. Dependência	-----			
2. Auto-criticismo	.01			
3. Eficácia	.17 *	.10 *		
4. Necessidade	.62 *	.41 *	-.34 *	
5. Contacto	.77 *	.14 *	.58 *	.15 *

Nota. $N = 1545$. * $p < .001$.

Na amostra normativa da comunidade, Dependência correlacionou-se significativamente com a versão portuguesa da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) ($r = .20$, $p < .001$), bem como Auto-criticismo ($r = .53$, $p < .001$) e Necessidade ($r = .44$, $p < .001$). Contacto ($r = .12$, $p < .001$) e Eficácia ($r = -.13$, $p < .001$) também se correlacionaram significativamente com a versão Portuguesa da CES-D, mas ambos os valores de correlação são bastante baixos.

A correlação significativa entre Auto-criticismo e o resultado na CES-D é consistente com resultados obtidos com outras medidas de sintomas depressivos, quer em amostras clínicas, quer em amostras não clínicas (e.g., Blatt, 2004; Santor et al., 1997). A correlação entre a CES-D e o factor de Dependência foi mais baixa. As correlações da Dependência com medidas de sintomas depressivos tendem a ser, em média, mais baixas, especialmente em amostras não clínicas (e.g., Blatt, 2004; Dunkley et al., 1997). Este resultado confirma a importância de considerar os sub-factores do factor de Dependência do QED. Contacto, ao contrário de Necessidade, correlacionou-se apenas marginalmente com a CES-D. Esta diferente associação com medidas de sintomas depressivos é consistente com resultados obtidos previamente com estes dois sub-factores (Besser & Priel, 2005, 2008; Blatt et al., 1995; Campos, Mesquita et al., 2014). Como foi dito anteriormente, diversos estudos indicam que o factor de Dependência contém, quer uma componente de vulnerabilidade, quer uma componente de resiliência (e.g., Campos et al., 2011; Priel & Besser, 1999; Rude & Burnham, 1995), sendo importante diferenciar um sub-factor desadaptativo de um sub-factor adaptativo.

Realizou-se a mesma análise, a correlação dos factores e sub-factores do QED com a CES-D, em separado para homens e mulheres. Enquanto Necessidade se correlacionou significativamente com os sintomas depressivos avaliados pela CES-D, quer nos homens ($r = .39, p < .001$), quer nas mulheres ($r = .45, p < .001$), Contacto só se correlacionou significativamente com os sintomas depressivos nas mulheres ($r = .18, p < .001$) (Campos, submetido)

Os resultados do presente programa de validação sugerem que a Necessidade é uma dimensão desadaptativa, quer para os homens, quer para as mulheres. Uma hipótese explicativa para este papel desadaptativo é o facto da Necessidade promover uma activação da ruminação. A diferença de géneros na vulnerabilidade para a depressão pode vir do Contacto (McBride & Bagby, 2006). De acordo com McBride e Bagby "a interacção entre a ruminação e a dependência interpessoal pode contribuir para a diferença de géneros na depressão.... A necessidade interpessoal [pode resultar] em depressão quer nos homens quer nas mulheres através do papel mediador da ruminação. Para as mulheres, o contacto interpessoal é uma dimensão adaptativa e saudável do crescimento e do bem-estar. No entanto, sendo mais focadas nos relacionamentos, as mulheres são mais vulneráveis a stressores interpessoais que trazem, conseqüentemente, o risco de activar a ruminação e, em última instância, a depressão" (p. 189, 191).

Eficácia parece ser, de acordo com os resultados do presente programa de validação, um factor protector ou de resiliência (Bers et al., 2013; Campos et al., 2012). Este factor correlacionou-se negativamente com os sintomas depressivos, embora o valor de correlação seja bastante reduzido. Correlacionou-se positiva e fortemente com Contacto. Eficácia também se correlacionou significativamente com Auto-criticismo, apesar do valor da correlação ser bastante baixo. De acordo com Blatt (2008), a Eficácia pode ser uma dimensão mais evoluída/madura da linha desenvolvimental da auto-definição, assim como Contacto é uma dimensão mais evoluída da linha do relacionamento interpessoal (veja-se Campos, submetido).

Uma sub-amostra da amostra normativa da comunidade constituída por 105 indivíduos, (51 homens e 54 mulheres), com uma idade que variou entre 19 e os 64 anos ($M = 36.27, DP = 11.46$) respondeu também ao BSI. Os resultados em Dependência, Auto-criticismo, Eficácia, Necessidade e Contacto foram correlacionados com quatro escalas do Inventário Breve de Sintomas (BSI; Derogatis, 1989) - ansiedade, hostilidade, depressão e sensibilidade interpessoal. As correlações foram superiores para Auto-criticismo relativamente a Dependência e foram não significativas para Eficácia. Necessidade, mas não Contacto,

correlacionou-se de forma significativa com as quatro escalas de *distress* do BSI (excepto a escala de hostilidade e sensibilidade interpessoal nas mulheres). Estes resultados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Correlações entre os factores e sub-factores do QED e as escalas do BSI

	Dependê ncia	Auto- criticismo	Eficácia	Necess idade	Contacto
<i>Homens</i>					
Hostilidade	.09	.38**	-.15	.30*	.08
Ansiedade	.31*	.47****	-.16	.46***	.22
Depressão	.09	.53***	-.07	.42**	.00
Sensibilidade interpessoal	.09	.49***	-.06	.41**	.01
<i>Mulheres</i>					
Hostilidade	.34**	.41**	-.01	.30*	.31*
Ansiedade	.11	.29*	-.02	.27*	.01
Depressão	.40**	.43***	-.23	.52***	.24
Sensibilidade interpessoal	.34**	.52***	-.15	.45***	.31*

Nota. N = 105. * $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Os resultados sugerem que Auto-criticismo poderá ser uma melhor medida de vulnerabilidade ao mal-estar do que Dependência, especialmente nos homens. Nos homens, Dependência correlacionou-se apenas com a ansiedade. Assim, Dependência poderá correlacionar-se com diferentes manifestações de *distress* em homens e mulheres, enquanto Auto-criticismo poderá ser um melhor preditor da depressão e do *distress*, quer em homens, quer em mulheres.

Os resultados sugerem ainda que os homens dependentes poderão ser mais vulneráveis à ansiedade do que à depressão e que as mulheres dependentes poderão ser mais vulneráveis à depressão do que à ansiedade (veja-se Smith, O'Keeffe, & Jenkins, 1988). Com uma amostra de estudantes chineses, Yao et al. (2009) mostraram que Dependência previu

os sintomas depressivos no período de um mês, mas apenas para as mulheres.

Mas estes resultados salientam, uma vez mais, a importância de considerar os dois sub-factores do factor de Dependência, porque Necessidade, mas não Contacto (excepto nas mulheres, para a hostilidade e a sensibilidade interpessoal) correlacionou-se com as escalas do BSI, quer nos homens, quer nas mulheres, mostrando que Necessidade pode ser um factor importante de vulnerabilidade, tão poderoso como Auto-criticismo. Como seria de esperar, Eficácia não se correlacionou de forma significativa com nenhuma das escalas do BSI (veja-se Campos et al., 2013).

16- Validade referenciada por um critério

Para obter evidências adicionais da validade recorreu-se a uma amostra de 50 pacientes psiquiátricos. Treze eram do sexo masculino e 37 eram do sexo feminino, com idades que variaram entre os 23 e os 65 anos ($M = 44.0$, $DP = 12.2$) e com um nível médio de escolaridade de 10.1 anos. Os participantes foram seleccionados em dois departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental de dois hospitais portugueses. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos e ter um diagnóstico definido de uma perturbação psiquiátrica, excluindo-se demência ou outras condições que pudessem invalidar a resposta a medidas de auto-relato. Vinte e oito pacientes (56%) tinham o diagnóstico de perturbação depressiva, 10 (20%) de perturbação de ansiedade, 8 (14%) de perturbação bipolar e 5 (10%) outros diagnósticos. Todos os protocolos foram recolhidos em sessões individuais por assistentes de investigação.

Comparou-se os resultados nos factores e sub-factores do QED obtidos pelos indivíduos da amostra clínica e da sub-amostra da comunidade de 105 participantes. Os pacientes pontuaram significativamente mais alto no factor de Dependência, $t_{[153]} = 2.73$, $p < .01$, de Auto-criticismo, $t_{[153]} = 4.76$, $p < .001$, e mais baixo no factor de Eficácia, $t_{[153]} = 2.26$, $p < .05$. Os pacientes pontuaram significativamente mais alto no sub-factor de Necessidade, $t_{[153]} = 5.02$, $p < .001$, mas não no sub-factor de Contacto, $t_{[153]} = .07$, ns).

17- Validade preditiva

Na amostra de 63 estudantes universitários previamente descrita e que foi utilizada também para o estudo da precisão teste-reteste, Dependência avaliada no momento 1 não previu os sintomas depressivos

avaliados no momento 2 pela CES-D, controlando os sintomas depressivos avaliados no momento 1 ($\beta = .20, ns$), mas Auto-criticismo avaliado no momento 1 previu os sintomas depressivos avaliados no momento 2, controlando o efeito dos sintomas depressivos avaliados no momento 1 ($\beta = .37, p < .05$), bem como Necessidade ($\beta = .34, p < .05$), mas não Contacto ($\beta = .19, ns$).

18- Estudos factoriais

Relativamente à estrutura factorial, como Blatt et al. (1976) e Zuroff et al. (1990), nos estudos de standardização com a versão original, realizámos uma Análise em Componentes Principais com uma rotação *varimax* na amostra normativa de estudantes. De modo a garantir a comparabilidade com o grande número de investigações utilizando uma solução de três factores, extraiu-se esse número de factores, o que também foi consistente com o *Scree Test*.

Após rotação, os três primeiros factores apresentaram valores próprios de 9.05, 4.59 e 3.53, explicando, respectivamente, 11.4%, 9.0% e 5.6% da variância, num total de 26.0%. Os factores adicionais explicaram uma percentagem muito reduzida da variância, com valores próprios entre 2.24 e 1.03. A percentagem total de variância explicada é similar à do estudo original (25.5%) (Blatt et al., 1976) e do estudo de replicação (24.2%) (Zuroff et al., 1990). Os itens com saturações superiores a 0.40 nos três factores são similares aos itens referidos por Blatt et al., (1979). No entanto, a ordem com que os factores emergiram na solução factorial da versão portuguesa é um pouco diferente da solução factorial da versão americana. Na solução factorial da versão portuguesa o factor de Auto-criticismo emerge como primeiro factor, o de Dependência como segundo e o de Eficácia como terceiro.

Numa Análise em Componentes Principais realizada com uma sub-amostra da amostra normativa da comunidade ($n = 405$) seguida de rotação *varimax*, os valores próprios dos três primeiros factores foram 8.38, 4.08 e 3.49, explicando, respectivamente, 11.5%, 6.7% e 5.8% da variância, num total de 24.0%. Uma vez mais, a percentagem de variância explicada é similar à percentagem explicada nos estudos com a versão americana (Blatt et al., 1976; Zuroff et al., 1990). Os itens com saturações superiores a 0.40 nos três factores na sub-amostra comunitária são similares aos obtidos com a amostra portuguesa de universitários. Usando o Orthosim-2 (Barrett, 2005) para comparar as duas soluções factoriais das amostras portuguesas, verificou-se que o coeficiente de congruência global foi de 0.92.

19- Notas finais

De acordo com os resultados do programa de validação apresentados neste manual, Necessidade e Auto-criticismo mostram ser factores estáveis da personalidade que se relacionam com os sintomas depressivos e conferem vulnerabilidade ao mal-estar psicológico. Eficácia pode ser um factor protector ou de resiliência. O factor de Dependência parece ser, de certa forma, híbrido, composto por duas componentes, uma mais evoluída e outra mais imatura: Contacto e Necessidade, respectivamente. No entanto, para as mulheres, e de acordo com os resultados do programa de validação, Contacto pode conferir alguma vulnerabilidade aos sintomas depressivos e ao mal-estar. Recomenda-se que, na prática clínica, sejam os dois sub-factores e não o factor de Dependência, a serem utilizados como medidas de traços da personalidade anaclítica, especialmente Necessidade. Ainda assim, em investigação, poderá fazer sentido utilizar o factor de dependência (veja-se Campos, submetido).

A aplicação da versão portuguesa do QED pode ser útil para clínicos e investigadores que adoptam uma abordagem compreensiva na avaliação da personalidade, da depressão e do mal-estar psicológico e consideram o relacionamento e a auto-definição (Blatt, 2004, 2008), como duas dimensões globais (*higher order*) (Luytem & Blatt, 2016) importantes para o funcionamento psicológico normal e para o funcionamento psicológico desadaptativo (Campos, submetido).

III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1916). The first pre-genital stage of the libido. *Selected papers on psychoanalysis* (pp. 258-279). London: Hogarth Press.
- Adler, A. (1951). *The practice and theory of individual psychology*. New York: Humanities Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychological Association.
- Angyal, A. (1951). *Foundations for a Science of personality*. New York: Viking.
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1978). *Sever and mild depression*. New York: Basic Books.
- Aube, J., & Whiffen, V. (1996). Depressive styles and social acuity: Further evidence for distinct interpersonal correlates of Dependency and Self-Criticism. *Communication Research*, 23, 407-424.
- Bacchiocchi, J. R., Bagby, R. M., Cristi, C., & Watson, J. (2003). Validation of Connectedness and Neediness as dimensions of Dependency construct. *Cognitive Therapy & Research*, 27, 233-242.
- Bagby, R. M., Schuler 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.
- Barrett, P. T. (2005). Person-target profiling. In A. Beauducel, B. Biehl, M. Bosnjak, W. Conrad, G. Schönberger, & A. Wagener (Eds.), *Multivariate research strategies: A Festschrift for Werner Wittman* (pp. 63-118). Aachen: Shaker Verlag.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R., & Emery, G. (1983). *Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology*: Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Bers, S. A., Besser, A., Harpaz-Rotem, I., & Blatt, S. J. (2013). An empirical exploration of the dynamics of anorexia nervosa: Representations of Self, mother, and father. *Psychoanalytic Psychology*, 30, 188-209.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-555.
- Besser, A., & Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33, 351-382.
-

- Besser, A., & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of Neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences, 44*, 1711-1725.
- Besser, A., Vliegen, N., Luyten, P., & Blatt, S. J. (2008). Vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective: Systematic empirical base commentary on issues raised by Blum (2007). *Psychoanalytic Psychology, 25*, 392-410.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp 13-48). New York: International University Press.
- 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. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995a). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of self-depression. *American Psychologist, 53*, 103-120.
- Blatt, S. J. (1995b). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition, and representation* (pp. 1-33). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. (2006). A Fundamental polarity in Psychoanalysis: Implications for personality development. *Psychoanalytic Inquiry, 26*, 494-520.
- 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. J., Auerbach, J. S., & Behrends, R. S. (2008). Changes in the representation of Self and significant others in the treatment process: Links between representation, internalization, and mentalization. In Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (Eds), *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 225-263). New York: Other Press.
- Blatt, S., Besser, A., & Ford, R. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1561-1567.
-

- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 399-428). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Cornell, C. E., & Eshkol, E. (1993). Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13, 421-450.
- 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., & Felsen, I. (1993). "Different kinds of folks may need different kinds of strokes": The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 245-259.
- Blatt, S., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blatt, S., & Levy, K. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. Barron, *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). New York: APA.
- Blatt, S., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 793-814.
- Blatt, S. J., Luyten, P., & Corveleyn, J. (2005). Toward a dynamic interaction model of depression and its treatment. *Psyche*, 59, 864-891.
- Blatt, S., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and Self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- Blatt, S. & Shahar, G. (2005). A dialectic model of personality development and psychopathology: Recent contributions to understanding and treating depression. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 137-162). Leuven: University of Leuven Press.
-

- Blatt, S., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 388-397.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the Dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 319-339.
- Blatt, S., Zohar, A., Quinlan, D., Luthar, S., & Hart, B. (1996). Levels of relatedness within the Dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 67, 52-71.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brenner, C. (1974). Depression, anxiety and affect theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 25-32.
- Campos, R. C. (2000a). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 18, 311-318.
- Campos, R. C. (2000b). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 18, 285-309.
- Campos, R. C. (2003). Síntese integrativa dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 91-99.
- 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. (2011). Porquê que o DSM-IV não é um bom sistema de classificação psicopatológica? *Revista de Psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa*, 24, 23-32.
-

- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre psicopatologia e diagnóstico psicodinâmico*. Lisboa: Climepsi.
- Campos, R. C. (no prelo). O relacionamento e a auto-definição de acordo com a perspectiva de Sidney Blatt: Conceptualização e implicações clínicas. *Análise Psicológica*.
- Campos, R. C. (submetido). Additional Psychometric data for the Portuguese version of the Depressive Experiences Questionnaire. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of Self-Criticism and Dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27, 1149-1157.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2011). The relationships between defenses and experiences of depression: An exploratory study. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 196-208.
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2012). Distress mediates the association between personality predispositions and suicidality: A preliminary study in a Portuguese community sample. *Archives of Suicide Research*, 16, 1-16.
- 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(2), 1-13.
- Campos, R. C., Besser, A., Abreu, H., Parreira, T., & Blatt, S. J. (2014). Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78, 115-139.
- Campos, R. C., Besser, A., Ferreira, R., & Blatt, S. J. (2012). Self-Criticism, Neediness, and distress among women undergo breast cancer treatment: A preliminary test of the moderating role of adjustment to illness. *International journal of Stress Management*, 19, 151-174.
- Campos, R. C., Besser, A., Morgado, C., & Blatt, S. J. (2014). Self-Criticism, Dependency, and adolescents' externalizing and internalizing problems. *Clinical Psychologist*, 18, 21-32.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 994-1003.
- Campos, R. C., Mesquita, I., Besser, A., Blatt, S. J. (2014). Neediness and depression in women. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78, 16-33.
- Chevron, E. S., Quinlan, D. M., & Blatt, S. (1978). Sex role and gender differences in the experiences of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 680-683.
-

- Coelho, R. (2004). *Depressão: Perspectiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Cohen, M. B., Baker, G., Cohen, R. A., From-Reichman, F., & Weigert, E. V. (1954). An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry*, 17, 103-137.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 358-378.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Whiffen, V. (2004). Is the promissory note of personality as vulnerability to depression in default? Reply to Zuroff, Mongrain, and Santor (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 512-517.
- Derogatis, L. (1993). *BSI: Administration, scoring, and procedures for the Brief Symptom Inventory* (3rd ed). Minneapolis (MN): National Computer Systems.
- Desmet, M., Vanheule S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J., & Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: An inquiry to the different scoring procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 89-98.
- Desmet, M., Vanheule, S., Meganck, R., Verhaeghe, P., & Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: On using a student-based scoring program for a clinical sample. *Psychological Reports*, 101, 587-596.
- Desmet, M., Verhaeghe, P., Van Hoorde, H., Meganck, R., Vanheule, S., & Murphy, C. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire as a measure of psychoanalytic constructs reported to be measured. *Psychological Reports*, 105, 714-720.
- Desmet, M., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2006). Dependency, Self-criticism, and the symptom specificity hypothesis in a depressed clinical sample. *Social Behavior and Personality*, 34, 1017-1026.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, G. L. (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041-1053.
- Dunkley, D. M., Schwartzman, D., Looper, K. J., Sigal, J. J., Pierre, A., & Kotowycz, M. A. (2012). Perfectionism dimensions and Dependency in relation to personality vulnerability and psychosocial adjustment in patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 21-230.
-

- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and Self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 172-185.
- Freud, S. (1917/1980). *Luto e melancolia* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud - vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Fuhr, S. K., & Shean, G. (1992). Subtypes of depression, Efficacy, and the Depressive Experiences Questionnaire. *The Journal of Psychology*, 126, 495-506.
- Guilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Guisinger, S., & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49, 104-111.
- Kuwabara, H., Sakado, K., Sakado, M., Sato, T., & Someya, T. (2004). The Japanese version of the Depressive Experiences Questionnaire: Its reliability and validity for lifetime depression in a working population. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 311-315.
- Lehman, A. K., Ellis, B., Becker, J., Rosenfarb, I., Devine, R., Khan, A., & Reichler, R. (1997). Personality and depression: A validation study of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 68 197-210.
- Luyten, P., & Blatt, S. I. (2007). Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry*, 70, 85-99.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development. *American Psychologist*, 68, 172-183.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2016). A Hierarchical multiple-level approach to the assessment of interpersonal relatedness and self-definition: Implications for research, clinical practice, and DSM planning. *Journal of Personality Assessment*, 98, 5-13.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Mayes, L. C. (2012). Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: The need for a (relatively) new paradigm. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice based evidence* (pp. 345-359). New York: Humana Press/Springer.
- Luyten, P., Corveleyn, J., & Blatt, S. J. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: A critical overview of empirical research. In Corveleyn, J., Luyten, P.,
-

- Blatt, S. J. (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 107-147). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., & Corveleyn, J. (2007). Dependency and Self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety, 24*, 586-596.
- McAdams, D. P. (1980). A thematic coding system for the intimacy motive. *Journal of Research in Personality, 14*, 413-432.
- McBride, C., & Bagby, R. M. (2006). Rumination and interpersonal dependency: Explaining women's vulnerability to depression. *Canadian Psychology, 47*, 184-194.
- McBride, C., Zuroff, D., Bacchiocchi, J., & Bagby, R. M. (2006). Depressive Experiences Questionnaire: Does it measure maladaptive and adaptive forms of dependency? *Social Behavior and Personality, 34*, 1-16.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Nietzel, M. T., & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/ autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10*, 279-297.
- Quimette, 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*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quimette, P., Klein, D., Anderson, R., Riso, L., & Lizardi, H. (1994). Relationship of sociotropy/autonomy and dependency/self-criticism to DSM-III-R personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 723-749.
- Overholser, J. C. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences, 13*, 17-23.
- Overholser, J. C., & Freiheit, S. R. (1994). Assessment of interpersonal dependency using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) and the Depressive Experiences Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 17*, 71-78.
- Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*, 240-253.
- Priel, B., & Shahar, G. (2000). Dependency, Self-criticism, social context and distress: Comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences, 28*, 515-525.
-

- Priel, B., & Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, Self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*, 240-253.
- 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.
- Robins, C. J., & Block, P. (1988). Personal vulnerability, life events and depressive symptoms: A test of a specific interactional model. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 847-854.
- Robins, C. J., Ladd, J., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personality Style Inventory: Preliminary validation studies of new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16*, 277-300.
- Rude, S., & Burnham, B. (1995). Connectedness and Neediness: Factors of the DEQ and SAS Dependency scales. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 323-340.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., & Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment, 69*, 145-163.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., Mongrain, M., & Fielding, A. (1997). Validating the McGill revision of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 69*, 164-182.
- Shahar, G., Gallagher, E. F., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., & Leadbeater, B. J. (2004). An interactive-synergetic approach to the assessment of personality vulnerability to depression: Illustration using the adolescent version of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 605-625.
- Shapiro, J. P. (1988). Relationships between dimensions of depressive experiences and perceptions of the lives of people in general. *Journal of Personality Assessment, 52*, 297-308.
- Shor, J., & Sanville, J. (1976). *Illusions in loving: A psychoanalytic approach to intimacy and autonomy*. Los Angeles: Double Helix.
- Smith, T. W., O'Keeffe, J. L., & Jenkins, M. (1988). Dependency and Self-criticism: Correlates of depression or moderators of the effects of stressful events? *Journal of Personality Disorders, 2*, 160-169.
- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., & Holden (2016). Parental rejection, personality, and depression in the prediction of suicidality in a sample of nonclinical young adults. *Psychoanalytic Psychology, 33*, 554-570.
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. McGraw-Hill Higher Education.
-

- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69, 907-924.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
- Viglione, D. J., Philip, A., Clemmey, P. A., & Camenzuli, L. (1990). The Depressive Experiences Questionnaire: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 52-64.
- Welkowitz, J., Lish, J. D., & Bond, R. N. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49, 89-94.
- Werbart, A. (2014). Changes in anaclitic-introjective personality dimensions, outcomes and psychoanalytic technique: A multi-case study. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 397-410.
- Winnicott, D. W. (1954). The depressive position in normal emotional development. *British Journal of Medical Psychology*, 28, 89-100.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X., & Zuroff, D. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire: Construct validation and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety*, 26, 930-937.
- Zuroff, D. C. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 63, 453-472.
- Zuroff, D. C., & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 253-265.
- Zuroff, D. C., Igrreja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, Dependency, and Self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 315-326.
- Zuroff, D., & Lorimier, S. (1989). Ideal and actual romantic partners of women varying in Dependency and Self-criticism. *Journal of Personality*, 57, 825-846.
- 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., Mongrain, M., & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130, 489-511.
- 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 com Agregação 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 é orientador de Estágios em Psicologia Clínica do Mestrado em Psicologia. É agregado em Psicologia Clínica pela Universidade de Lisboa e doutor em Psicologia pela Universidade de Évora com uma tese na área da avaliação da personalidade. É membro efectivo do Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora (CIEP-UE) e coordenador da Linha de Investigação B3: Bem estar, Psicopatologia e Desenvolvimento. É Psicólogo Clínico e autor de outros instrumentos de avaliação psicológica, originais ou adaptados para a população portuguesa, como o Inventário de Traços Depressivos 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 978-989-8339-22-5

