



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**  
*Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde*

**Adaptação para a População Portuguesa do Questionário de  
Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A), de Sidney Blatt e  
colegas**

Cristina Azevedo Pereira Morgado

**Orientador/a:**  
Professor Doutor Rui C. Campos

15 de Março de 2012

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que, de algum modo, me acompanharam ao longo destes 5 anos de curso e contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus pais que contribuíram para que eu me tornasse na pessoa que sou hoje e implementaram em mim a necessidade constante de saber, aprender, ir mais além e a ideia de que há sempre mais para descobrir. Ao meu padrasto e à minha avó pela calma, capacidade de descomplicar e por terem acreditado sempre em mim.

Aos meus irmãos (Bruno Morgado, João Pernes, Joana Pernes e Tiago Pernes) que suportaram, com paciência, a minha ausência para escrever esta dissertação e a minha falta de atenção para com eles.

Ao meu namorado, André Salgado, pelo afecto, carinho, tolerância e disponibilidade, pelo incentivo, por me fazer acreditar que sou capaz de ir mais além do que aquilo que penso, por ter compreendido a minha indisponibilidade durante a realização deste trabalho e, acima de tudo, por me fazer sentir amada todos os dias.

Às minhas amigas, algumas delas colegas de curso: Sofia Saldanha, Neuza Ferreira, Bárbara Mendes, Sandra Lopes, Isabel Sousa, Marta Grilo, Raquel Ferreira, Susana Vaz e Joana Lacerda por estarem sempre ao meu lado nos momentos bons e menos bons e por me fazerem sentir que não estou sozinha. Um agradecimento especial à minha amiga Rita Pereira, à minha amiga Natália Gonçalves e à minha afilhada Júlia Saraiva, pela paciência e, acima de tudo, por estarem sempre ao meu lado ao longo de todo este percurso e estarem sempre dispostas a consolar-me em todos os meus momentos de sufoco e choro.

Aos meus amigos Nuno Lamy, Nuno Madureira, André Ferreira, João Silva, Guilherme Dias, Mafalda Pousada e à minha cunhada Tânia Baêta por terem dado o seu contributo para o desenvolvimento desta dissertação.

Ao Prof. Doutor Rui Campos, meu orientador e mestre, pelo modelo que foi e é para mim e por ter contribuído para que nascesse em mim o gosto que tenho pela psicopatologia dinâmica em geral e pela depressão em particular, pelo afecto, amizade, incentivo, generosidade, paciência, pela exigência, pela forma mais ou menos indirecta como me fez acreditar em mim e, sobretudo, por ter estado sempre disponível para me transmitir o seu conhecimento e saber. Porque *“mestre não é o que guia, muito menos o que dita, mas aquele que ilumina, que acende a luz – o desejo de saber – do aprendiz”* (Coimbra de Matos, 2009).

A todos os professores da Universidade de Évora que estiveram dispostos a ensinar e a transmitir o seu conhecimento, contribuindo para o que sou hoje como pessoa e, sobretudo, como psicóloga clínica.

Ao Prof. Doutor Bruno Gonçalves, à Prof. Doutora Rosa Novo e à Prof. Doutora Isabel Mesquita pelo contributo que deram para o desenvolvimento da versão portuguesa do QED-A. Igualmente agradeço à Carla Costa e à Graça Martins por terem realizado a retroversão do QED-A.

Aos adolescentes que tiveram a bondade e a paciência de responder aos questionários deste estudo, sem a sua ajuda, nada disto seria possível. Igualmente agradeço ao Prof. Ramiro e ao Prof. Paulo Sérgio pela disponibilidade para me receberem nas suas escolas.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento muito especial ao Prof. Sidney Blatt, não só por ter autorizado a adaptação do QED-A para a população portuguesa, mas também pela sua gentileza e disponibilidade.

# **Adaptação para a população portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A), de Sidney Blatt e colegas**

## **Resumo**

O Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A; Blatt et al., 1992), é uma forma para adolescentes desenvolvida a partir do Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt et al., 1976, 1979a). O QED-A permite obter resultados para três escalas, dependência, auto-criticismo e eficácia, sendo as duas primeiras compatíveis com as duas formas de depressão ou os dois tipos de experiências depressivas conceptualizadas por Blatt. Neste trabalho, pretendeu-se adaptar o QED-A para a população portuguesa. Após a tradução e retroversão dos itens, este foi aplicado a uma amostra de estudantes do 9º ao 12º ano de escolaridade. Para estudar a sua validade, foram aplicadas as versões portuguesas do CDI e do YSR. São apresentados dados relativos à consistência interna, à estrutura factorial e às correlações das três escalas entre si, bem como entre estas e os resultados no CDI e no YSR. Compararam-se os dois géneros relativamente aos resultados no QED-A.

**Palavras-chave:** depressão anaclítica, depressão introjectiva, adolescência, Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A), versão portuguesa, características psicométricas, adaptação, dependência, auto-criticismo.

# The Portuguese Version of Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents (DEQ-A)

## *Abstract*

The Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents (DEQ-A, Blatt et al., 1992) is a form for teenagers developed from the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) (Blatt et al., 1976, 1979a). The DEQ-A delivers results for three scales, dependency, self-criticism and efficacy, the first two being compatible with both forms of depression or both types of depressive experiences conceptualized by Blatt. In this study, we sought to adapt the DEQ-A for the Portuguese population. After the translation and retroversion of the items, the DEQ-A was applied to a sample of students from 9th to 12th grade. To study their validity, we applied the Portuguese versions of the CDI and YSR. Figures for internal consistency, factorial structure and the correlations of the three scales among themselves and between these and the results on the YSR and the CDI. We compared the results with regard to gender in the DEQ-A.

**Key-words:** anaclitic depression, introjective depression, adolescence, Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents (DEQ-A), portuguese version, psychometric properties, validation, dependency, self-criticism.

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	5
Capítulo 1. O Desenvolvimento da Personalidade segundo Sidney Blatt .....	5
Capítulo 2. Dois tipos de experiências depressivas: dependência e auto criticismo	15
Capítulo 3. Duas configurações psicopatológicas: anaclítica e introjectiva .....	23
Capítulo 4. Avaliação Empírica da Dependência e do Auto- criticismo/Relacionamento e Auto-definição .....	29
Capítulo 5. A Construção do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) .....	43
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	53
Capítulo 6. Objectivos e Hipóteses de Investigação .....	53
Capítulo 7. Metodologia .....	59
7.1. Participantes .....	59
7.2. Instrumentos de Medida.....	60
7.3. Procedimento.....	63
7.4. Metodologia de Análise dos Resultados .....	63
Capítulo 8. Resultados .....	65
8.1. Estatística Descritiva, Distribuições de Resultados e Comparações de Géneros.....	65
8.2. Consistência Interna .....	67
8.3. Análise Factorial .....	67
8.4. Validade.....	70
Capítulo 9. Discussão .....	73
<b>CONCLUSÕES</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	83
<b>ANEXOS</b> .....	93
<i>ANEXO I – Versão experimental portuguesa do Questionário de Experiências     Depressivas para Adolescentes (QED-A)</i> .....	94

ANEXO II – Versão portuguesa do <i>Children Depression Inventory</i> (CDI).....	95
ANEXO III – Versão portuguesa do <i>Youth Self-Report</i> (YSR).....	96
ANEXO IV – Consentimento Informado aos Presidentes dos Conselhos Executivos .....	97
ANEXO V – Consentimento Informado aos Encarregados de Educação .....	98
Anexo VI – Médias e Desvios-padrão dos itens da versão experimental portuguesa do QED-A.....	99

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis sócio-demográficas da amostra. ....	59
Tabela 2: Médias e desvios-padrão dos resultados nas escalas do QED-A, do YSR e do resultado total do CDI na amostra total, na sub-amostra das raparigas e na sub-amostra dos rapazes. ....	66
Tabela 3: Valores de <i>alpha de Cronbach</i> para as três escalas do QED-A na amostra total, na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes. ....	67
Tabela 4: Análise em Componentes Principais do QED-A: Saturação dos Itens em cada factor, após rotação <i>varimax</i> . ....	68
Tabela 5: Correlações das escalas do QED-A entre si e das escalas do QED-A com os resultados do YSR e do CDI, na sub-amostra das raparigas (acima da diagonal) e na sub-amostra de rapazes (abaixo da diagonal). ....	72





# INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende adaptar para a população portuguesa o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) de Blatt, Shaffer, Bers e Quinlan (1992).

*“Uma das razões apontadas para o atraso de muitas áreas de investigação nas ciências do comportamento é a de que o acumular dos resultados é dificultado pelo uso de uma grande diversidade de instrumentos de medida. Muitos dos investigadores preferem desenvolver as suas próprias técnicas de medida, em vez de utilizar as que foram propostas por outros autores (...). Neste sentido, é de maior interesse encorajar os investigadores a considerarem a possibilidade de utilizarem instrumentos desenvolvidos por outros autores, proporcionando a melhoria da qualidade de versões futuras dos questionários (...) e a comparação directa dos resultados obtidos em diferentes amostras”* (Moreira, 2004, p. 226-227). A adaptação de uma prova psicológica é útil não só porque permite que um instrumento de avaliação da personalidade, já existente, fique ao dispor da prática clínica numa nova cultura/país, ao nível da avaliação psicológica, mas também é mais um meio que nos permite a nós e a outros colegas psicólogos realizar investigação, no presente caso, no âmbito da personalidade e da depressão na adolescência, com uma prova que tem sido utilizada em muitos estudos empíricos e que tem um forte suporte teórico.

Que tenhamos conhecimento, nenhum trabalho publicado até à data visou a adaptação do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) para a população portuguesa. Por outro lado, pensamos que existe uma versão israelita e uma versão canadiana do questionário, uma vez que tivémos acesso a dois estudos que utilizaram o QED-A com amostras de adolescentes israelitas (Zalsman et al., 2004; Klomek et al., 2008) e um estudo que utilizou uma amostra de adolescentes canadianos e que teve como objectivo obter evidências que sustentassem a validade de uma versão abreviada do QED-A, com apenas 20 itens (Fichman, Koestner & Zuroff, 1994). Relativamente ao Questionário de Experiências Depressivas para Adultos (QED), a partir do qual foi desenvolvido o QED-A, este foi adaptado por Campos (2000a, 2009b) para a população portuguesa e, que tenhamos conhecimento, existem também as versões chinesa, belga, alemã, canadiana, israelita e coreana do questionário.

A escolha de adaptar o QED-A provém da importância que a conceptualização teórica de Sidney Blatt tem para a compreensão da psicopatologia em geral e da depressão em particular. O questionário avalia a dependência e o auto-criticismo,

enquanto experiências depressivas, mas também enquanto dimensões da personalidade - anaclíticas e introjectivas, nos adolescentes, e que podem predispor à depressão e à psicopatologia. A distinção entre estas duas dimensões é também importante para o estudo e planeamento do processo terapêutico, uma vez que sujeitos, não necessariamente deprimidos, mas preocupados com questões de relacionamento (anaclíticos) ou de auto-definição (introjectivos) respondem de modos distintos aos vários tipos de intervenção. Existindo um instrumento que avalie estas dimensões, torna-se mais fácil e, possivelmente, mais eficaz a avaliação junto dos sujeitos desta faixa etária.

Como já dissemos anteriormente, este estudo procurou adaptar o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) para a população portuguesa. Aplicou-se a versão experimental do QED-A, juntamente com outras medidas de depressão e psicopatologia (*Children Depression Inventory* – CDI e *Youth Self-Report* – YSR) a um grupo de adolescentes de duas escolas secundárias portuguesas, no sentido de avaliar a consistência interna, a estrutura factorial e a validade da versão portuguesa. A tradução da forma original para a língua portuguesa obdeceu aos requisitos técnicos adoptados internacionalmente.

A seguir a esta introdução, contextualizamos, na parte da revisão bibliográfica, a dependência e o auto-criticismo no desenvolvimento da personalidade, explanando em pormenor os vários aspectos da conceptualização teórica de Blatt (capítulo 1). Descrevemos os conceitos de dependência e de auto-criticismo, enquanto dois tipos de experiências depressivas (capítulo 2), bem como enquanto características de duas configurações psicopatológicas: anaclítica e introjectiva (capítulo 3). Posteriormente, apresentamos o processo de desenvolvimento do Questionário de Experiências Depressivas (QED) e alguns estudos que pretenderam avaliar as características psicométricas do mesmo, assim como o trabalho que deu origem à versão portuguesa do questionário (capítulo 4). De seguida, descrevemos o processo de construção/desenvolvimento do QED-A, bem como os estudos psicométricos efectuados com a versão original do questionário e os vários trabalhos que utilizaram o QED-A como instrumento de medida em investigações sobre a personalidade e a psicopatologia (capítulo 5).

Na parte do estudo empírico, no capítulo 6, expomos os objectivos e as hipóteses da nossa investigação e o processo utilizado para chegar à versão experimental do QED-A (tradução, avaliação da tradução, retroversão, avaliação da retroversão e aplicação experimental).

No capítulo 7, descrevemos a metodologia. Caracterizamos a amostra utilizada (secção 7.1.), descrevemos os instrumentos de medida (secção 7.2.), bem como o procedimento de recolha de dados (secção 7.3.) e a metodologia de análise dos resultados (secção 7.4.). No capítulo 8, apresentamos os resultados obtidos, as médias e desvios-padrão nas escalas do QED-A, do YSR e do CDI, na sub-amostra portuguesa de raparigas e na sub-amostra portuguesa de rapazes e o teste da normalidade das distribuições no caso das escalas do QED-A, bem como as comparações entre géneros nessas mesmas escalas. Apresentamos, ainda, os valores de *alpha* de Cronbach que obtivemos, o estudo da estrutura factorial da prova e as correlações entre as escalas do QED-A entre si e entre cada uma delas e os resultados no YSR e no CDI.

No capítulo 9, procedemos à discussão dos resultados obtidos e, finalmente, tecemos algumas conclusões relativas ao trabalho efectuado.



## **PARTE I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **Capítulo 1. O Desenvolvimento da Personalidade segundo Sidney Blatt**

Para os modelos clássicos psicanalíticos, o desenvolvimento da personalidade ocorre ao longo de uma sequência linear, constituída por uma série de estádios, através dos quais se progride até à maturidade (Blatt & Shichman, 1983). Segundo estes modelos, a psicopatologia ocorre quando existem disrupções desenvolvimentais nalgum desses estádios. Através do processo de “acção adiada” (Freud, 1896, 1918 citado por Blatt & Shichman, 1983), várias formas de psicopatologia ocorrem nos adultos como resultado das fixações ou regressões a pontos de conflito, traumas e disrupções desenvolvimentais anteriores. Cada estádio de desenvolvimento é um potencial ponto de fixação e cria predisposições para a psicopatologia (Freud, 1905, 1913 citado por Blatt & Shichman, 1983). Segundo este tipo de modelo do desenvolvimento da personalidade, cada forma de psicopatologia é um “exagero” num modo de funcionamento, que é considerado normal e saudável num tempo precoce do desenvolvimento. Assim, os padrões psicopatológicos são formados precocemente na sequência do desenvolvimento normal e são, posteriormente, evocados através do processo de “acção adiada” (Freud, 1896, 1918 citado por Blatt & Shichman, 1983), culminando na psicopatologia do adulto. As perturbações psicopatológicas ocorrem, assim, devido a desvios que acontecem ao longo da linha de desenvolvimento normal. Quanto mais extremo/exagerado for esse desvio, mais grave será a psicopatologia (Blatt & Shichman, 1983).

Vários factores contribuem para que esses desvios ocorram, entre eles as predisposições biológicas e os factores ambientais que interagem de diversas formas para determinar o desenvolvimento da personalidade e a psicopatologia (Blatt & Shichman, 1983). Os diferentes factores biológicos têm vulnerabilidades diferentes às condições ambientais, vulnerabilidades essas que podem variar consoante o estádio de desenvolvimento no qual o indivíduo se encontra. Por outro lado, diferentes aspectos do ambiente, em momentos diferentes do ciclo de vida, variam no impacto que têm sobre as predisposições biológicas (Blatt & Shichman, 1983). A vulnerabilidade a factores ambientais é normalmente maior numa fase precoce do ciclo de vida e vai diminuindo ao longo da infância e da adolescência. Com esta redução da vulnerabilidade a factores ambientais, os padrões de desenvolvimento que foram estabelecidos precocemente tornam-se cada vez mais consolidados e, uma vez estabelecidos, tendem a manter-se estáveis ao longo de toda a vida. Com base nestas predisposições biológicas e nas experiências ambientais, em especial experiências

muito precoces da infância com os objectos cuidadores, o sujeito constrói modos de adaptação que se vão tornando cada vez mais diferenciados e consolidados (Blatt & Shichman, 1983).

Segundo Sidney Blatt (1990, 2004, 2008), o modelo de desenvolvimento psicossocial de Erikson dá-nos a oportunidade de compreender a importância que o relacionamento interpessoal e a auto-definição têm no desenvolvimento psicológico dos indivíduos, bem como os processos através dos quais essas mudanças podem ser alcançadas. Através de uma série de estádios hierárquicos, Erikson descreve como os processos de identificação e de socialização permitem que o indivíduo progrida de uma dependência infantil para uma progressiva individuação, com uma identidade sólida e com a capacidade para formar e manter relações interpessoais maduras. Apesar de Erikson sublinhar a importância dos agentes de socialização para a facilitação do desenvolvimento psicológico, atribuiu um maior ênfase aos aspectos que contribuem para a formação da identidade (Blatt, 2008). Para este autor, o relacionamento com os outros é resultado de uma auto-definição sólida, o que demonstra, assim, a importância que Erikson atribuiu à formação da identidade e aos processos de separação e individuação (Blatt & Blass, 1990; 1996). Apesar do termo identidade ter sido usado de forma diferente por vários autores, para Erikson (Blatt, 2008) este envolve a definição do indivíduo como um agente autónomo e separado dos outros. Na conceptualização de Erikson, as relações interpessoais não aparecem como centrais mas, em vez disso, este autor sublinha a integração de percepções do próprio como separado e distinto dos outros (Mussen, Conger & Kagan, 1979). Deste modo, o papel da vinculação e do relacionamento interpessoal são subestimados por Erikson, na medida em que na sua esquematização linear do desenvolvimento psicológico coloca a tónica na consolidação da identidade, sendo este o objectivo central e/ou o resultado do desenvolvimento normal. Se se pensar a fundo a teoria de Erikson, percebe-se que a vinculação e o relacionamento interpessoal são conceptualizados como exercendo um papel secundário, facilitando ou sendo apenas um produto da formação da identidade (Blatt & Blass, 1990; 1996). O facto de Erikson colocar ênfase apenas na individuação, negligenciando a importância do desenvolvimento de relações interpessoais constitui a maior limitação do seu modelo (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Embora os aspectos da auto-definição (autonomia, iniciativa, indústria e identidade) sejam centrais nas ideias de Erikson, é importante realçar que os processos de separação e diferenciação também implicam uma capacidade para reconhecer semelhanças e diferenças nos outros e a capacidade para pensar o próprio na relação com os outros, no entanto, faz mais

sentido considerar a identidade como emergindo de uma relação dialéctica entre um *self* separado e um *self* como experienciando relações com os outros.

Contudo, segundo Blatt (2008), a articulação de duas linhas de desenvolvimento psicológico distintas, mas interactivas – relacionamento e auto-definição – dá a oportunidade de modificar e expandir o modelo de desenvolvimento psicossocial de Erikson. Estas modificações facilitam o reconhecimento do papel do relacionamento (ou vinculação) no desenvolvimento da identidade e valorizam a interacção dialéctica e contínua entre relacionamento e separação no desenvolvimento da personalidade.

O modelo de estádios de desenvolvimento psicossocial de Erikson é paralelo ao modelo de desenvolvimento psicosexual dos teóricos psicanalíticos. O autor delineou o estágio de confiança-desconfiança paralelo à fase oral do desenvolvimento, o estágio de autonomia-vergonha paralelo à fase anal, o estágio de iniciativa-culpa paralelo à fase fálica e o estágio de indústria-inferioridade como o primeiro aspecto psicossocial da latência. Curiosamente, Erikson não definiu nenhum estágio paralelo à fase edipiana. Por sua vez, Sullivan (1953) identificou uma fase adicional do desenvolvimento psicossocial – cooperação vs alieação – que ocorre na altura em que emerge o pensamento operacional (Piaget, 1945/1962 citado por Blatt, 2008), a valorização das relações interpessoais triádicas e o desenvolvimento de “jogos” cooperativos com os pares entre os 4 e os 6 anos. Se a fase de desenvolvimento da cooperação vs. alieação ocorre no momento apropriado da sequência de desenvolvimento, entre a fase fálica de Erikson, ou seja, entre a iniciativa vs culpa e a fase de latência, indústria vs inferioridade (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983) define-se mais facilmente a “presença” do relacionamento (ou a vinculação) como uma dimensão no desenvolvimento psicológico. Esta revisão do modelo de Erikson permite, claramente, considerar a interacção dialéctica entre o relacionamento interpessoal e a auto-definição, de certo modo implícita nas suas formulações. A *linha de desenvolvimento da auto-definição* inclui os estádios de autonomia vs vergonha, iniciativa vs culpa, indústria vs inferioridade, identidade vs alieação, generatividade vs estagnação e integridade vs desespero e desenvolve-se segundo a seguinte sequência de tarefas: a) um sentimento precoce de separação e autonomia do controlo do outros; b) a capacidade para iniciar a acção, não só em oposição ao outro, mas determinada internamente – mais proactiva que reactiva e c) actividade auto-dirigida que tem uma direcção e um objectivo em específico. As conquistas de desenvolvimento das fases iniciais da individualidade (autonomia, iniciativa e indústria) fornecem importantes qualidades que contribuem para a formação da identidade e consolidação da mesma no futuro (Blatt & Blass, 1996).



A adicção de um estágio intermédio de cooperação/colaboração vs alienação na a *linha de desenvolvimento do relacionamento* define uma sequência no desenvolvimento da capacidade para estabelecer relações interpessoais, que se inicia na partilha de experiências afectivas intensas entre a mãe e o bebé, passando por um sentimento básico de confiança, seguindo para a capacidade de cooperação e colaboração com os membros da família e, posteriormente, com os pares e, eventualmente, mais tarde, uma relação íntima, mútua e recíproca com alguém do mesmo sexo. Esta linha inclui, assim, três estádios de confiança vs desconfiança, cooperação/colaboração vs. alienação e intimidade vs isolamento. A identificação de três níveis de desenvolvimento do relacionamento distingue a dependência como estando num nível mais precoce, progredindo, de forma contínua, para a capacidade de manter um relacionamento maduro e recíproco, no qual o sujeito sente prazer ao dar e receber afecto (Blatt & Blass, 1996).

A articulação de uma linha relacional de desenvolvimento na conceptualização de Erikson é consistente com a investigação e teoria que demonstra a importância do processo de vinculação (Ainsworth, 1969, Bowlby, 1969, 1973; Main, Kaplan & Cassidy, 1985), do processo de separação-indivuação (Mahler, Pine & Bergman, 1973) e do desenvolvimento da capacidade para a reciprocidade, empatia e intersubjectividade (Stern, 1985) no desenvolvimento da personalidade. As contribuições das autoras feministas sublinharam a importância de incluir a linha do relacionamento nas teorias sobre o desenvolvimento da personalidade. Algumas dessas contribuições (Gilligan, 1982, 1989; Surrey, 1985) utilizaram o termo dependência para designar toda a sequência de desenvolvimento descrita (vinculação, separação-indivuação e capacidade para estabelecer relações interpessoais). Mas tendo em conta a integração de uma linha de relacionamento nas formulações de Erikson, pode pensar-se a dependência como uma forma precoce da linha do relacionamento e distinguir formas mais maduras de relacionamento, nas quais a emergência de um sentido de *self* como separado dos outros dá ao sujeito a oportunidade de participar nas relações maduras, recíprocas e mutuamente satisfatórias com os outros. Vários trabalhos demonstraram a importância de diferenciar entre vários níveis de relacionamento interpessoal (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff & Mongrain, 1995; Rude & Burhnam, 1995; Blatt, Zohar, Quinlan, Luthar & Hart, 1996; Campos, Besser & Blatt, 2010, 2011).

Tanto o relacionamento interpessoal, como a individualidade evoluem segundo um processo complexo e interactivo. A evolução das capacidades de autonomia e iniciativa na linha de desenvolvimento da auto-definição é paralela à evolução da capacidade para o relacionamento – envolver-se e confiar no outro, cooperar e

colaborar nas actividades de grupo, desenvolver relações próximas com companheiros do mesmo sexo e experienciar e exprimir sentimentos de reciprocidade e intimidade numa relação madura. Assim, a evolução das capacidades de autonomia e iniciativa na definição do *self* progridem numa sequência, alternando com o desenvolvimento das capacidades relacionais. O desenvolvimento começa com um foco no relacionamento interpessoal – mais especificamente no estágio confiança vs desconfiança – procedendo para dois estádios precoces de auto-definição, autonomia vs vergonha e iniciativa vs culpa. Estas expressões precoces de auto-definição são seguidas por um estágio das relações interpessoais, cooperação vs alienação e, mais tarde, dois estádios de auto-definição, indústria vs inferioridade e identidade vs difusão. Estas formas mais maduras de auto-definição são, posteriormente, seguidas por estádios mais avançados de relacionamento interpessoal, já na idade adulta, intimidade vs isolamento. Em seguida, o desenvolvimento prossegue através de dois estádios mais maduros de auto-definição, generatividade vs estagnação e integridade vs desespero (Blatt, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Apesar destas duas linhas de desenvolvimento e auto-definição interagirem ao longo de todo o ciclo de vida, elas também se desenvolvem de forma relativamente mais independente nos primeiros anos de vida até à adolescência, uma vez que, a partir desta fase, a tarefa do desenvolvimento passa a ser a integração de expressões mais maduras destas duas dimensões do desenvolvimento numa estrutura compreensiva designada de *identidade* (Blatt & Blass, 1996).

O estágio de identidade vs difusão, embora faça parte do estágio de desenvolvimento da auto-definição, é também um estágio cumulativo e integrativo, no qual a capacidade para cooperar e partilhar com os outros é coordenada com o sentido de individualidade que emerge da capacidade de autonomia e iniciativa (Blatt & Blass, 1990). A identidade engloba a individualidade e o relacionamento – a autonomia e a iniciativa, bem como a capacidade e o desejo de estar com os outros, dar e receber, sem nunca perder a individualidade. Na idade adulta, os estádios mais avançados de identidade vs difusão de papéis e integridade vs desespero podem ser vistos como períodos de integração das duas linhas – relacionamento e auto-definição – pois envolvem a formação de uma nova e mais completa estrutura identitária (Blatt & Blass, 1990). Esta mudança na tarefa principal do desenvolvimento ocorre a partir da adolescência. No desenvolvimento mais precoce, as várias componentes das duas linhas são internalizadas como componentes independentes. No início da adolescência, estas começam a organizar-se numa nova estrutura – uma identidade integrada e sólida – e essa integração inicia-se quando a utilidade das identificações na infância termina. Erikson (1974), no fundo, acabou por observar a dualidade entre a

individualidade e o relacionamento na formação da identidade, afirmando que um sentido de identidade significa um sentimento de bem estar consigo próprio, com a forma como se cresce e se desenvolve, e significa, ao mesmo tempo, um sentido de proximidade com os outros. A integração da individualidade e do relacionamento na identidade resulta, assim, na capacidade para estabelecer relações mútuas e recíprocas com outras pessoas, capacidade essa que deriva, em parte, da auto-estima e do sentimento de competência que emergiu durante os estádios precoces de individualidade, bem como da valorização das necessidades dos outros. A capacidade para a intimidade com o outro deriva da capacidade para reconhecer as próprias necessidades e limitações, não só no que se tem para oferecer ao outro, mas também no que se pode receber do outro.

A articulação destas duas linhas permite considerar uma sequência de desenvolvimento da capacidade de relacionamento, desde a partilha de experiências entre a mãe e o bebé (Beebe & Lachmann, 1988 citado por Blatt, 2008) passando pelo sentimento de confiança entre o bebé e a mãe para a capacidade de cooperação, colaboração e estabelecimento de uma amizade próxima com um companheiro do mesmo sexo (Sullivan, 1953) até ao desenvolvimento da capacidade de relacionamento e intimidade.

Pode assim dizer-se, resumidamente, que o desenvolvimento psicológico se define “como um processo em que um indivíduo, através de relações próximas com [as figuras]... significativas, internaliza aspectos da qualidade das relações, das capacidades funcionais vivenciadas nos modos expressivos do *self* e atitudes e sentimentos conscientes e inconscientes acerca das várias expressões do *self*, que existem nos relacionamentos... nos vários estádios do desenvolvimento... A consolidação e integração destas internalizações em cada fase do desenvolvimento proporciona a base para a progressão para a fase seguinte do desenvolvimento” (Blatt & Blass, 1996, p. 323).

Assim e de uma forma mais sintetizada, para Blatt (Blatt, 1990; 1995; 2004; 2008; Blatt & Blass, 1992; 1996) o desenvolvimento da personalidade resulta da interacção de duas linhas ou processos fundamentais de desenvolvimento (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983): a) o estabelecimento de relações interpessoais cada vez mais maduras, recíprocas, mutuamente satisfatórias, estáveis e duradouras e b) o desenvolvimento de uma identidade ou auto-definição ou de um sentido de *self* como consolidado, diferenciado, realista, essencialmente positivo, estável e integrado (Blatt, 1990; Blatt & Blass, 1992, Campos, 2003). Segundo Blatt & colegas (Blatt, 1990; Blatt & Schichman, 1983; Blatt & Blass, 1992, 1996), os dois processos, auto-

definição e relacionamento, evoluem de uma forma interactiva, dialéctica, recíproca e mutuamente facilitadora (Blatt, 1995) ao longo de todo o desenvolvimento. Estas duas linhas interagem entre si, pelo que as relações interpessoais significativas e satisfatórias contribuem para o desenvolvimento da identidade e, por sua vez, um sentido do *self* ou de identidade possibilita níveis mais maduros de relacionamento interpessoal. O auto-conceito é, então, influenciado pelas experiências interpessoais significativas e novos tipos de relações interpessoais ocorrem como consequência de revisões significativas do auto-conceito (Blatt & Shichman, 1983). Assim, o funcionamento normal traduz-se num sistema aberto, no qual a qualidade das relações interpessoais e a definição do *self* se desenvolvem numa interacção complexa e facilitadora (Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2003) - as realizações numa das esferas/linhas possibilitam desenvolvimentos na outra. O relacionamento e a auto-definição contribuem não só para o entendimento do desenvolvimento da personalidade, mas também para a compreensão dos estilos de personalidade e, nos casos extremos, da própria psicopatologia quando existem preocupações exageradas e distorcidas com as questões de relacionamento e/ou de auto-definição (Blatt, 2008). A psicopatologia é consequência das disrupções que interferem com o desenvolvimento da capacidade para estabelecer e manter relações interpessoais ou de um sentido de *self* significativo. Os sintomas psicopatológicos são tentativas de compensação, exageros e distorções extremas do desenvolvimento normal, os quais se focam normalmente numa ou noutra linha do desenvolvimento (Blatt & Shichman, 1983).

Um ênfase ligeiro numa ou outra linha de desenvolvimento define uma estilo de personalidade, mas um ênfase excessivo permite definir duas configurações básicas de psicopatologia – configuração anaclítica e configuração introjectiva (Blatt, 2008; Blatt & Shichman, 1983). As psicopatologias anaclíticas são caracterizadas por tentativas exageradas de manter relações interpessoais satisfatórias, já as psicopatologias introjectivas definem-se por tentativas exageradas de estabelecer um conceito sólido do *self* (Blatt, 2008; Blatt & Shichman, 1983). Na perspectiva de Blatt, existe um *contínuum* entre o normal e o patológico, na medida em que as dimensões anaclítica e introjectiva tanto podem ser vistas como duas dimensões da personalidade ou da psicopatologia em geral, como dois tipos de experiências depressivas ou dois tipos de depressão, mais em particular. Enquanto dois estilos de personalidade ou tipos caracteriais, podem também constituir factores de vulnerabilidade ou predisposição à depressão (Campos, 2000a), como veremos mais adiante.

Assim, dentro dos limites da normalidade, os indivíduos podem colocar uma ênfase maior num dos dois processos do desenvolvimento, o que irá definir duas configurações básicas da personalidade, anaclítica e introjectiva, consoante a ênfase é posta na linha do relacionamento ou na auto-definição. Estas configurações apresentam modos diferenciados de cognição, de mecanismos de defesa e de adaptação (Blatt, 1990). As motivações pessoais e o estilo interpessoal dependem da tendência (relacionamento ou auto-definição) a que o indivíduo atribui maior prioridade. Os indivíduos que colocam um ênfase mais marcado no relacionamento interpessoal (anaclíticos) são normalmente mais figurativos e impressionistas no seu pensamento. Preferem a integração dos vários elementos do campo visual num todo, em vez de uma análise crítica dos detalhes. Em termos de estilo cognitivo, tendem a ser repressores e procuram a fusão, a harmonia e a síntese. São fundamentalmente dependentes e influenciados pelos elementos que os rodeiam. O seu pensamento é muito mais intuitivo e determinado pelos afectos, sentimentos e reacções pessoais, do que por factos e detalhes (Campos, 2003). Procuram harmonia, satisfação e bem estar nas relações interpessoais e que estas sejam próximas e íntimas (Blatt, 1990). O seu modo instintivo é, fundamentalmente, libidinal, já que a libido está ao serviço do afecto, da intimidade e do relacionamento. A configuração anaclítica é orientada para o objecto, para o exterior, e envolve temas relacionados com a intimidade e o relacionamento (desejo básico), os quais são expressos por preocupações com a proximidade, confiança, dependência e capacidade de dar e receber amor, num contexto de segurança e cooperação (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Os mecanismos de defesa são fundamentalmente do tipo evitantes, como a negação e o recalçamento (Campos, 2003).

Por outro lado, nos indivíduos que colocam uma ênfase mais acentuada na auto-definição (introjectivos), o pensamento tende a ser muito mais literal, sequencial e crítico. A acção, o comportamento manifesto, a lógica, a consistência e a causalidade são preferidos, em detrimento das relações e dos sentimentos. O ênfase é na análise e na exploração crítica dos detalhes e das partes. Estes indivíduos tendem a ser muito mais independentes daqueles que os rodeiam. O seu principal objectivo é a assertividade e o prestígio, bem como o controlo e o poder. O modo instintivo que utilizam é a agressividade, que está ao serviço da auto-definição (Blatt, 1990; Blatt & Shichman, 1983). As preocupações com questões de auto-definição dominam todas as relações interpessoais nesta configuração (Blatt & Shichman, 1983). O desejo básico é ser reconhecido, respeitado e admirado. Existem muitas dificuldades em lidar com a agressividade e com as críticas excessivas em relação ao próprio e aos outros. O estilo cognitivo que predomina é o hiper-ideativo (Blatt & Shichman, 1983). Os

mecanismos de defesa utilizados são fundamentalmente do tipo neutralizante, como a projecção, a intelectualização, a formação reactiva, o isolamento e a racionalização (Blatt, 2008).

Como dissemos anteriormente, os termos anaclítico ou dependente e introjectivo ou auto-crítico, para além de se aplicarem a dois estilos de personalidade, portanto ao funcionamento psicológico normal, também se podem aplicar à psicopatologia em geral e à depressão em particular. No próximo capítulo, abordaremos a questão das experiências depressivas anaclíticas e introjectivas.



## **Capítulo 2. Dois tipos de experiências depressivas: dependência e auto-criticismo**

O termo depressão tem sido usado por diversos autores para descrever variações momentâneas e moderadas dos estados afectivos normais (Bibring, 1953; Freud, 1917), bem como perturbações clínicas prolongadas e graves. Tem sido, também, utilizado para descrever um nível relativamente evoluído de desenvolvimento (Klein, 1948; Winnicott, 1954) e um estilo caracterial (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976) 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). A depressão pode variar de uma resposta disfórica relativamente apropriada e transitória a acontecimentos de vida a uma perturbação grave e persistente que pode envolver graves distorções da realidade. Assim, a depressão pode variar de um grau ligeiro a moderado a um grau profundo e de uma experiência transitória para uma perturbação gravemente incapacitante e duradoura. Pode, ainda, constituir uma resposta relativamente apropriada a acontecimentos reais ou pode ser baseada em distorções graves ao nível da auto-definição e do relacionamento (Blatt, 1974, 1990; Blatt & Levy, 1998; Blatt et al., 1976), como desenvolveremos mais adiante.

Na literatura psicanalítica, o termo “depressão” tem sido utilizado para descrever reacções a experiências de privação na infância e a sentimentos infantis de abandono e desamparo, mas também tem sido usado para descrever um estilo de personalidade, em termos de formação do superego e do complexo de culpa (Blatt, 2004). Freud foi dos primeiros psicanalistas a interessar-se por compreender o fenómeno complexo que é a depressão, pensando-a como tendo origem num estágio muito precoce do desenvolvimento, no qual a consciência da criança está focada na gratificação que é dada pelos cuidadores, mais do que na gratificação que a criança pode dar a si própria (estádio oral-incorporativo do desenvolvimento libidinal) (Blatt, 2004). Abraham e Freud (1965 citado por Blatt, 2004) assumiam justamente que a depressão que se desenvolve, desde cedo na infância, é uma depressão com base oral e que se assume como um protótipo para depressões futuras. O sujeito é dominado por um medo excessivo do abandono e uma vulnerabilidade extrema à perda do objecto (Rochlin, 1965 citado por Blatt, 2004).

Já Blatt (2004), tentando 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 podiam permitir diferenciar dois tipos de depressão: a) uma depressão focada primeiramente em aspectos



interpessoais, como a dependência, o desamparo e sentimentos de perda e abandono e b) uma depressão que deriva de um superego severo e punitivo, que se foca, primeiramente, no auto-criticismo, baixa auto-estima e nos sentimentos de insucesso e culpa. Assim, é possível distinguir entre uma depressão iniciada em experiências interpessoais desagradáveis, tais como perdas interpessoais e sentimentos de abandono e solidão, de uma depressão iniciada em perturbações na auto-estima e/ou identidade - uma depressão anaclítica ou de dependência de uma depressão introjectiva ou de auto-criticismo. Os sujeitos preocupados com as questões das relações interpessoais são especialmente vulneráveis a experiências de vida que envolvem rupturas nas relações próximas e tendem a reagir a estas experiências com sentimentos de solidão e desamparo e com um desejo intenso de estar próximo e ser íntimo de alguém, de ser cuidado e de cuidar. Este medo do abandono, desejo intenso de proximidade e marcada dependência dos outros são, normalmente, acompanhados por dificuldades na expressão da raiva por medo de perder o amor e o apoio que provém dos outros (Blatt, 2004). Por outro lado, os indivíduos preocupados com questões de auto-definição e auto-estima são mais vulneráveis a experiências de insucesso e de crítica e tendem a reagir a estas situações com sentimentos de incompetência, inutilidade e culpa. Estes sujeitos têm tendência a isolar-se socialmente e as relações que estabelecem com os outros são ambivalentes e conflituosas, já que são sujeitos muito críticos em relação aos outros, assumindo que estes também os desaprovam. Estes indivíduos expressam fortes sentimentos de raiva, os quais podem ser dirigidos aos outros, bem como contra si próprio. A disforia que advém do intenso auto-criticismo cria vulnerabilidade aos acontecimentos de vida stressantes que potenciam os sentimentos de fracasso, de culpa e de incompetência (Blatt, 2004).

Também Rado (1928 citado por Blatt, 2004) distinguiu dois caminhos para a depressão: a) uma via caracterizada por uma sequência de fome e privação, com raiva e pouca diferenciação do objecto, que permite fazer um paralelo com a depressão anaclítica e b) uma via caracterizada por temas relacionados com a culpa e o perdão, a qual permite fazer um paralelo com a depressão introjectiva. Já Beres (1966 citado por Blatt, 2004) e Guntrip (1969 citado por Blatt, 2004), pelo contrário, têm restringido o conceito de depressão a pacientes com graves conflitos relativamente à culpa, os quais tendem a ocorrer na depressão introjectiva, mais evoluída do ponto de vista do desenvolvimento.

A diferenciação destes dois tipos de depressão, baseados em dois tipos diferentes de experiências e processos psicológicos, é consistente com muitos aspectos da literatura psicanalítica sobre a depressão, que discutem aspectos da

perda do objecto e rupturas na auto-estima como sendo centrais na etiopatogenia da depressão (Campos, 2009b). Estas ideias contrastam com as concepções sobre a depressão que se centram nas expressões sintomáticas. A preocupação de Blatt foi, portanto, distinguir tipos de experiências depressivas sem se preocupar com o tipo ou gravidade dos sintomas manifestos de depressão (Campos, 2000a, 2000b). Blatt (1974; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982) consideram que, diferenciar tipos de experiências depressivas ou tipos de afecto depressivo, pode ser útil para compreender melhor a depressão, dada a sua complexidade e heterogeneidade e pode servir para compreender as origens e as múltiplas expressões que a mesma pode assumir em diferentes sujeitos (Blatt et al., 1982). Blatt (1974) recorre à conceptualização de vários autores para apoiar esta distinção entre uma depressão em que se acentua a componente de dependência e outra em que a culpa e o auto-criticismo assumem papel central. Assim, as experiências dos indivíduos depressivos centrar-se-iam, respectivamente, à volta das duas dimensões básicas já descritas, o relacionamento e a auto-definição (Blatt, 1990). Contudo, é de referir que os dois tipos de experiências depressivas não são mutuamente exclusivos, podendo um indivíduo apresentar vivências anaclíticas e introjectivas simultaneamente (Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers & Franko, 1983), ideia que será desenvolvida mais adiante.

A depressão anaclítica tem por base a relação precoce com a mãe e o medo de ser abandonado e não ser amado. Este tipo de depressão é de natureza oral e relaciona-se com reacções infantis a injúrias narcísicas. Caracteriza-se por sentimentos disfóricos de não se sentir amado e desejado, ser negligenciado e abandonado. Os sentimentos primários são o desamparo e a fraqueza (Blatt, 1974). Os indivíduos expressam uma dependência infantil e têm pouca capacidade de lidar com a frustração, tendo desejos marcados de serem alimentados, confortados e cuidados, os quais são expressos em choro, dificuldades em tolerar a espera, numa procura desesperada para encontrar fontes alternativas de gratificação e vivenciar sentimentos de satisfação. Existe uma necessidade intensa de ser amado e uma “luta desesperada para manter o contacto directo com o objecto gratificante” (Blatt, 1974, p. 107). As rupturas precoces nas relações de cuidado e protecção e a constante privação e inconsistência do amor recebido pelas figuras significativas levam a sentimentos de desamparo, de abandono e de perda do amor. As relações objectais foram incorporativas, relativamente indiferenciadas, baseadas na gratificação, nos primeiros estádios de separação-indivuação e no estádio de simbiose (Blatt, 1974; Campos, 2000b). O objecto é valorizado apenas pela sua capacidade de gratificação directa e imediata e de suprir necessidades (Blatt, 1974). Um sentimento de bem estar resulta de uma contínua doação de amor e gratificação por parte do objecto (Blatt,

1974; Campos, 2000a). Quando este está indisponível para proporcionar estas gratificações, sentimentos de não ser amado e sentir-se desamparo emergem (Blatt, 1974). Um adiamento da gratificação e conseqüente sentimento de frustração e privação origina sentimentos de raiva que não são expressos devido ao medo de destruir o objecto, enquanto fonte de satisfação (Blatt & Schichman, 1983; Blatt, 2004, 2008). Com apoio e gratificação, um conforto temporário é encontrado, somente na presença do objecto, uma vez que não há um sentimento interno bem estabelecido de ser amado (Blatt, 2004). A representação do objecto envolve a preocupação com a frustração ou gratificação que pode advir do mesmo. A separação e a perda do objecto são enfrentadas por meios primitivos, como a negação e a busca frenética por substitutos (Blatt, 1974). Devido à necessidade de contacto físico com o objecto, o sujeito anaclítico apresenta uma grande vulnerabilidade a sentimentos de solidão, tristeza, rejeição e abandono (Blatt & Shichman, 1983), mas as fortes exigências destes indivíduos provocam nos outros um sentimento de raiva que acaba por gerar, por consequência, a rejeição que tanto temem (Blatt & Shichman, 1983). De acordo com Blatt & Shichman (1983), as experiências relacionais destes indivíduos são marcadas por oscilações rápidas entre uma atitude submissa e passiva e uma atitude de marcada exigência.

Segundo Blatt, a depressão introjectiva envolve ideias de não ser digno de ser amado, sentir-se culpado e envergonhado por não ter estado à altura das expectativas e padrões, o que para o sujeito é motivo de desaprovação por parte do objecto, reflectindo a introjecção e/ou a internalização as atitudes críticas das figuras significativas (Blatt, 1974). Ideais excessivos, um superego severo, um aguçado sentido de moralidade e de compromisso resultam numa constante auto-avaliação, que se tornam as causas primárias da depressão. A culpa emerge de pensamentos de que não se conseguiu estar à altura das expectativas, bem como de tentações ou pensamentos de transgressão de regras (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983) e, portanto, o indivíduo espera ser criticado. Existe uma necessidade excessiva de perfeccionismo, uma tendência para assumir a culpa e a responsabilidade, assim como sentimentos de ser-se incapaz de alcançar a aprovação, a aceitação e o reconhecimento, os quais contribuem para o desenvolvimento da depressão. Há uma preocupação constante com o poder ser punido e existem sentimentos hostis e ambivalentes em relação ao objecto, os quais são difíceis de expressar por medo de perder o amor desse objecto (Blatt, 1974). A presença do objecto é necessária não tanto para proporcionar gratificação, como nos sujeitos anaclíticos, mas sim aceitação e aprovação. As ideias exageradas e rígidas, a preocupação intensa com a reprovação e a punição, levam a sentimentos ambivalentes e hostis em relação ao

objecto. O indivíduo esforça-se para compensar os sentimentos de fracasso, culpa, inferioridade e auto-crítica com constantes acções de realização pessoal, as quais levam ao reconhecimento e aprovação do objecto, mas, geralmente, a satisfação é mantida apenas a curto prazo (Blatt, 2004). Do ponto de vista interno/dinâmico, as preocupações que existem na depressão introjectiva estão relacionadas com o desenvolvimento do superego e com os processos de identificação sexual e auto-definição. Estas preocupações são, muitas vezes, expressas em lutas e competições (Blatt, 2004).

Na depressão introjectiva “há um nível de desenvolvimento do ego superior e as relações encontram-se nos estádios mais evoluídos de separação-indivuação” (Blatt, 1974, p. 118). As representações do *self* e do objecto encontram-se num nível de desenvolvimento mais elevado, sendo que a vivência da culpa exige um sentido mais evoluído do *self* e a capacidade de auto-reflexão e avaliação. A introjecção e a identificação com o agressor substituem a negação que está presente na depressão anaclítica. Na depressão introjectiva, as relações com os objectos persistem para lá das experiências de gratificação e frustração, há uma preocupação em receber amor e aprovação. Existe, sobretudo, o medo de perder o amor, a aprovação e a aceitação do objecto e não tanto de perder o próprio objecto (Blatt, 1974). As relações são fundamentalmente ambivalentes, sem que essa ambivalência seja resolvida. Estas ultrapassam a necessidade imediata de satisfação; o envolvimento com o objecto persiste independentemente da frustração e gratificação. A tentativa de reter o objecto e o seu potencial amor e aprovação ocorre através do processo de introjecção – um processo através do qual os aspectos do outro significativo, os seus valores e julgamentos, se tornam parte do *self*, não sendo reconhecidos como fazendo parte do outro. Como as representações do *self* e do objecto são geralmente baseadas em aspectos ambivalentes, hostis e agressivos do relacionamento, o resultado são internalizações com sentimentos de dúvida, auto-crítica e culpa (Blatt, 1974). Os conflitos na configuração introjectiva são principalmente fálico-edipianos (Blatt & Schichman, 1983). Embora o ego seja mais desenvolvido, podem verificar-se regressões a conflitos anteriores e a níveis mais primitivos de organização (Blatt, 1974). Zetzel (1965) observou que a depressão de culpa se desenvolve na fase fálica edipiana, fase esta de marcada ambivalência, exigência, censura e relações ambivalentes entre pais e filhos.

Em resumo, a depressão introjectiva é caracterizada pela auto-crítica e a punição, aversão a si mesmo, culpa e um envolvimento intenso em actividades para compensar sentimentos de inferioridade, inutilidade e culpa (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Os esforços estão tão centrados na realização para obter

aprovação e compensar os sentimentos de fracasso e inadequação que a capacidade de sentir prazer é bastante reduzida (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983).

É de salientar que podem ocorrer reacções maníacas em ambos os tipos de depressão (Blatt, 1974). Na depressão anaclítica, estas implicam uma procura intensa do outro e apego às relações, a busca frenética de substitutos ou o consumo de substâncias, enquanto que, na depressão introjectiva, envolvem esforços frenéticos para demonstrar força, poder, beleza física, capacidade intelectual e criatividade como forma de obter reconhecimento e evitar o desprezo, a crítica e a punição que podem advir do objecto. As reacções maníacas na depressão introjectiva podem ainda envolver tentativas frenéticas de realização pessoal e manobras sobre-compensatórias com vista a evitar sentimentos de inadequação (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983).

Estes dois tipos de perturbações depressivas constituem-se como resultado de interacções disfuncionais com as figuras parentais e são consequentes à estruturação de representações internas perturbadas dessas figuras, que constituem os antecedentes distais das duas formas depressivas (veja-se por exemplo Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992). Segundo Blatt (1974), as perturbações no desenvolvimento das representações objectais criam uma vulnerabilidade específica à perda objectal e a depressões futuras. Alguns estudos (veja-se Blatt, 2004 para uma revisão detalhada; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan, 1979b; Dahn, 2000; Karoly & Ruehlman, 1983; Quinlan, Blatt, Chevron & Wein, 1992; Campos et al., 2010) mostraram que existe uma relação entre as representações objectais, das figuras parentais e os tipos de depressão definidos por Blatt e (ou) mostraram que existe uma relação entre representações objectais e sintomas depressivos (Campos, 2010).

O nível de perturbação da representação objectal é diferente na depressão anaclítica e na depressão introjectiva. Para o indivíduo com depressão de dependência, a figura materna esteve possivelmente indisponível ou excessivamente disponível, e/ou utilizou o seu amor e afecto como forma de controlar a criança. O comportamento materno originou dependência e insegurança na criança, dificultando o estabelecimento da representação interna da mãe como um objecto cuidador, sendo este padrão repetido nas relações posteriores. Sem esta representação da figura materna, é difícil para a criança acreditar que é amada e sentir-se segura, de forma contínua, na ausência do objecto. Os indivíduos dependentes têm a necessidade de assegurar-se constantemente da disponibilidade dos outros para cuidarem de si e procuram desesperadamente atenção e afecto, deprimindo-se como reacção às separações ou abandonos, mesmo que estes sejam, na maior parte das vezes,

fantasiados. Estes sujeitos provavelmente sentiram o amor da mãe como sendo contingente à sua obediência e conformismo, sentindo-se desamparados e inseguros nas relações afectivas. Devido à necessidade intensa de serem cuidados, acabam por inibir ou negar a agressividade (Blatt & Homann, 1992; Campos, 2000b). Deste modo, é possivelmente o padrão de vinculação inseguro-ansioso que predispõe à depressão de dependência, depressão esta que acontecerá como resultado de rupturas nas relações interpessoais e experiências de abandono e rejeição (Blatt, 1995; Blatt & Homann, 1992, Campos, 2000b; Campos, 2009b). Por outro lado, os sujeitos introjectivos tiveram, possivelmente, medo de perder a aprovação dos pais por não conseguirem atingir as expectativas e objectivos que lhes foram impostos. A internalização das atitudes exigentes, controladoras e intrusivas de um ou de ambos os pais travou a tentativa de separação-individuação e de definição do *self*. O amor dos pais foi contingente à submissão da criança relativamente aos padrões e metas impostas por eles. A censura e a auto-crítica constantes repetem o padrão de relação com as figuras parentais e servem para a criança, através da identificação, manter o contacto com elas (Blatt & Homann, 1992). O padrão de vinculação inseguro-evitante poderá predispor à depressão introjectiva e esta ocorrerá quando o indivíduo for confrontado com críticas (Blatt, 1995; Blatt & Homann, 1992, Campos, 2000b; Campos, 2009b) ou insucessos ao nível pessoal.

Em jeito de resumo, podemos dizer que os dois tipos de depressão têm origem em pontos distintos do desenvolvimento, têm como base estilos parentais diferentes e conduzem a estilos de vinculação e a tipos de perturbação das representações mentais também diferentes (Blatt & Homann, 1992). Para além das características das atitudes dos pais, o momento em que elas ocorrem é crucial para o desenvolvimento de uma vulnerabilidade a uma perturbação depressiva centrada em questões de dependência, auto-criticismo ou em ambas (Blatt & Homann, 1992).

Uma quantidade apreciável de investigação, quer com populações clínicas, quer com populações não clínicas e que será apresentada no capítulo 4 e 5, sugere que uma preocupação excessiva com o relacionamento e com questões de dependência, por um lado, e uma excessiva preocupação com questões de auto-definição, valor próprio e sentimentos de culpabilidade e auto-crítica, por outro, definem dois tipos de experiências depressivas, independentemente das categorias diagnósticas clássicas, avaliáveis empiricamente e que apresentam diferentes correlatos afectivos e comportamentais. Esta distinção é mais válida e eficaz do que

as classificações de depressão baseadas nos sintomas manifestos (Blatt, 1990; Blatt, Schaffer, Bers & Quinlan, 1992; Luyten & Blatt., 2007).

### Capítulo 3. Duas configurações psicopatológicas: anaclítica e introjectiva

Inicialmente, Blatt distinguiu depressão anaclítica de depressão introjectiva (Blatt, 1974) mas, mais recentemente, generalizou esta distinção para definir duas configurações primárias de psicopatologia (Blatt, 2008) - a configuração anaclítica e a configuração introjectiva. A conceptualização de uma personalidade anaclítica e de outra introjectiva tem implicações que vão para além da compreensão da depressão, aplicando-se a uma vasta gama de psicopatologias (Blatt, 1990, 2008; Blatt & Shichman, 1983). A psicopatologia caracteriza-se por uma falta de flexibilidade e pela perda de oportunidades para mudar como consequência de experiências novas. A rigidificação do *self* impede a vivência de novas experiências interpessoais e, por sua vez, interações e experiências interpessoais repetidas restringem e limitam seriamente a modificação, revisão e crescimento do auto-conceito (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983).

Uma ênfase excessiva ou exagerada numa ou noutra linha de desenvolvimento define duas configurações primárias de psicopatologia: configuração anaclítica e configuração introjectiva (Blatt, 2008; Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2003). A determinação de qual a linha de desenvolvimento que se torna o primeiro foco de compensação ou expressão sintomática é influenciada por um conjunto de factores, entre eles as predisposições biológicas, os factores ambientais, o género, os momentos nos quais as disrupções no desenvolvimento ocorrem, as questões conflituais específicas, a matriz cultural e familiar, os estilos de carácter dos cuidadores primários e os valores do próprio sujeito e da sua família (Blatt & Shichman, 1983).

Estas duas configurações da psicopatologia diferem em diversos aspectos, como na ênfase dada às preocupações com os instintos (agressivos ou libidinais), ao mundo representacional (na auto-definição ou relacionamento interpessoal), aos eventos de vida (trabalho ou amor) e à utilização de diferentes tipos de operações defensivas (neutralizantes ou de evitamento). Estas configurações envolvem diferentes modos de vivência das experiências de vida, diferentes orientações do comportamento, diferentes tipos de gratificação e modos preferenciais de cognição e adaptação (Blatt, 1990, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Em cada uma das configurações existe uma ênfase diferente na representação do *self* e dos objectos e uma determinada orientação para as relações interpessoais e atitudes face ao *self* (Blatt, 1990, 2008; Blatt & Schichman, 1983).



A configuração anaclítica inclui perturbações como a esquizofrenia, a perturbação *borderline*, a perturbação dependente (ou infantil) da personalidade, a depressão anaclítica (abandono) e a perturbação histriónica da personalidade. As questões anaclíticas podem expressar-se num nível primitivo de desenvolvimento, focando-se em questões de fusão e perda da noção dos limites entre o *self* e o não-*self* (esquizofrenia), num nível intermédio de desenvolvimento podem centrar-se no medo do abandono e da rejeição (perturbações *borderline* e dependente da personalidade) ou, num nível mais evoluído do desenvolvimento, focar-se nos conflitos inerentes à capacidade de amar e ser amado (perturbação histriónica da personalidade). Neste sentido, num nível mais precoce de desenvolvimento, as questões anaclíticas centram-se nas experiências básicas de cuidado (perturbações *borderline* e dependente da personalidade) e, num nível de desenvolvimento mais maduro, em torno das relações triádicas (edípias) e da capacidade de amar e ser amado (perturbação histriónica da personalidade). Em ambos os níveis de desenvolvimento, as relações interpessoais (preocupações sobre estar perto do outro, ser amado e cuidado) são as questões centrais (Blatt, 2008; Blatt & Schichman, 1983).

Em termos gerais, a configuração anaclítica caracteriza-se por ser orientada para o objecto e centrada no relacionamento interpessoal, em diferentes níveis de desenvolvimento. Existem desejos de proximidade, dependência, amor e intimidade com o outro. A psicopatologia associada a esta configuração envolve ideias e conflitos acerca da qualidade das relações interpessoais e os sintomas expressam tentativas exageradas de estabelecer e manter relações satisfatórias (Blatt, 2008). O desejo básico do sujeito anaclítico é amar e ser amado. Existem preocupações com a verdade, o afecto, o cuidado e a dependência dos outros, com a intimidade e a capacidade para dar e receber amor num contexto de segurança, cooperação e reciprocidade (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Os pacientes anaclíticos estão preocupados com questões de proximidade e confiança nos outros, bem como com a sua própria capacidade para amar e expressar afecto. O desenvolvimento do *self* é perturbado por intensos conflitos e preocupações sobre a privação de cuidados e de amor. Como já foi referido, as perturbações nesta configuração podem ocorrer em pontos diferentes do desenvolvimento: no vínculo básico com o cuidador (figura materna) ou no Complexo de Édipo. O tipo de perturbação depende, desta forma, do momento do desenvolvimento em que as dificuldades que lhe deram origem emergiram (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). Se estas dificuldades ocorreram num nível mais precoce do desenvolvimento, os sujeitos estão centrados em experiências de fusão, confiança, cuidado e intimidade, existindo pouca diferenciação entre si e o outro. Caso estas tenham ocorrido num nível mais evoluído

de desenvolvimento, os sujeitos estão centrados em vinculações dependentes, as quais perturbam o estabelecimento de relações íntimas, maduras e recíprocas (Blatt, 2008). Estes sujeitos utilizam mecanismos de defesa de evitamento (como a negação, a repressão e a introjecção) para lidar com os conflitos e evitar sentimentos intensos de raiva e ódio, bem como desejos eróticos e lutas competitivas, pois tais sentimentos podem ameaçar as relações interpessoais. A psicopatologia na configuração anaclítica baseia-se na luta para estabelecer e manter relações interpessoais satisfatórias, já que os sentimentos sobre o *self* são definidos com base na qualidade dessas relações. No entanto, devido ao ênfase exagerado no relacionamento interpessoal, o desenvolvimento do *self* acaba por ser negligenciado. A natureza e a qualidade das relações interpessoais são então as principais preocupações e constituem factores determinantes para a forma como os sujeitos se sentem e pensam sobre si próprios (Blatt, 2008).

Por outro lado, a configuração introjectiva inclui perturbações como a esquizofrenia paranóide e a paranóia, a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, a depressão introjectiva (culpa) e o narcisismo fálico. A psicopatologia nesta configuração pode ocorrer em diversos níveis de desenvolvimento. As questões mais primitivas relacionadas com a auto-definição podem expressar-se em formas paranóides, através de um isolamento exagerado e de uma marcada justaposição dos atributos pessoais. Num nível intermédio de desenvolvimento, podem manifestar-se num controlo comportamental e ideativo excessivos (sintomas obsessivo-compulsivos) e, num nível de desenvolvimento mais evoluído, em preocupações exageradas com a auto-estima, o poder, a força e as realizações pessoais, preocupações essas que podem exprimir-se, de forma negativa, na depressão introjectiva ou, de forma exageradamente positiva, e muitas vezes grandiosa, no narcisismo (Blatt, 2008; Blatt & Schichman, 1983).

As psicopatologias da configuração introjectiva focam-se em aspectos da auto-definição: auto-controlo, auto-estima e identidade (Blatt, 2008; Blatt & Schichman, 1983). O foco principal é a definição do *self* como uma entidade separada e diferenciada dos outros, com sentido de autonomia e controlo sobre o corpo e a mente (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). O desejo básico destes indivíduos é conseguir a separação, a autonomia, o controlo, a independência e um sentido de auto-estima - ser reconhecido, amado, respeitado e admirado (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). A procura da auto-definição começa na primeira fase de separação-individação e continua na fase anal (em termos do controlo do corpo e do estabelecimento da autonomia), consolidando-se na fase fálica-uretral, ao nível da identidade sexual e auto-confiança, tendo sempre por base a internalização das

atitudes parentais face ao próprio *self* (Jacobson, 1964 citado por Blatt & Schichman, 1983). A psicopatologia que pode ocorrer dentro desta configuração foca-se num ênfase excessivo na auto-definição e caracteriza-se por conflitos acerca da autonomia, auto-controlo e auto-estima (Blatt, 2008). Expressa-se numa luta distorcida e exagerada com vista ao estabelecimento e manutenção de um *self* separado, autónomo, controlado e digno. Existe uma grande necessidade de diferenciação dos outros e ideias rígidas acerca da separação, autonomia, controlo da mente e do corpo, força, poder, identidade sexual e auto-estima. Estes pacientes estão mais preocupados com o estabelecimento, protecção e manutenção de um auto-conceito viável do que com a qualidade dos seus relacionamentos interpessoais (Blatt, 2008), os quais acabam por ser negligenciados. Existem, normalmente, problemas de assertividade e agressividade, podendo a última ser voltada contra si ou contra os outros (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983). A agressividade surge para proteger e fazer valer a sua auto-estima. As experiências afectivas dos introjectivos envolvem, geralmente, vergonha e culpa (Blatt, 2008). Os conflitos que podem ocorrer envolvem o medo da aniquilação e sentimentos profundos de inadequação, inferioridade e inutilidade, bem como dificuldades na gestão dos afectos, principalmente da raiva e da agressividade. O envolvimento em actividades é feito para compensar estes sentimentos negativos (Blatt, 2004, 2008; Blatt & Schichman, 1983).

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, podemos dizer que existem diferenças básicas entre a natureza da psicopatologia na configuração anaclítica e na configuração introjectiva. Na configuração anaclítica, a psicopatologia envolve conflitos com questões libidinais, como a privação de cuidado, afecto, amor e sexualidade. As questões básicas parecem ser a confiança e a segurança no cuidado e no afecto. Por outro lado, a patologia na configuração introjectiva foca-se em torno dos conflitos com a agressão, expressa nas tentativas de conseguir a separação e a independência do controlo intrusivo e punitivo, e do julgamento excessivamente crítico dos objectos (Blatt, 2004, 2008).

Normalmente, a patologia inscreve-se numa ou noutra configuração, mas as duas linhas podem aparecer em conjunto num mesmo indivíduo – as denominadas formas mistas. De acordo com a literatura, podem existir duas situações. Por um lado, pode existir uma combinação da linha anaclítica e da linha introjectiva no mesmo indivíduo. Por exemplo, num quadro clínico depressivo grave, pode existir uma dependência muito significativa que pode conduzir a um sentimento de fraqueza e de ter falhado, ao mesmo tempo que tentativas para compensar estes sentimentos de inadequação podem interferir com a gratificação dos desejos de dependência,

deixando o sujeito num conflito interno, numa luta que o predispõe a intensos e profundos sintomas depressivos (Blatt et al., 1982). Por outro lado, a dimensão anaclítica e introjectiva da personalidade podem co-ocorrer num mesmo indivíduo quando as características de uma das dimensões servem como defesa contra ao reconhecimento e a vivência da outra dimensão. Por exemplo, um ênfase exagerado nas questões de auto-definição, de auto-estima e de poder podem servir como defesa contra ao reconhecimento e à vivência de preocupações interpessoais intensas e dolorosas ou, pelo contrário, mas menos frequente, preocupações intensas com questões interpessoais e com a necessidade constante de estar perto do outro podem servir como defesa contra à auto-reflexão e ao reconhecimento dos sentimentos dolorosos de culpa, de insatisfação consigo próprio e medo do fracasso (Blatt, 2008).



## **Capítulo 4. Avaliação Empírica da Dependência e do Auto-criticismo/Relacionamento e Auto-definição**

A distinção entre indivíduos que se centram em questões de relacionamento e indivíduos que se centram em questões de auto-definição teve um impacto considerável na investigação sobre a depressão (Blatt & Blass, 1992). Além disso, a distinção entre uma configuração anaclítica e introjectiva da personalidade e da psicopatologia é corroborada pelos resultados obtidos na investigação sobre a depressão e sobre a mudança terapêutica (Blatt, 1990, 2004).

Blatt e colegas, nos anos 70, realizaram um conjunto de estudos sobre a depressão (Blatt, 1974; Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Chevron, Quinlan & Blatt, 1978), com base na ideia de que a psicopatologia em geral e a depressão em particular podiam ser mais bem compreendidas se pensadas como desvios relativamente ao desenvolvimento normal (Blatt, 1990). Blatt et al. (1976) propuseram-se, inicialmente, a estudar uma vasta gama de experiências depressivas em sujeitos não clinicamente deprimidos. Segundo eles, tinha sido efectuada muita investigação sobre a depressão em que esta fosse considerada uma perturbação clínica, focada nas manifestações sintomáticas. Para Blatt et al. (1976) seria também importante existir investigação na qual a depressão fosse considerada uma experiência subjectiva interna, presente também em sujeitos sem queixa.

Devido à preocupação com a inadequação da abordagem da depressão que se centrava somente nos sintomas, bem como a percepção das vantagens em considerar a continuidade entre as experiências de vida nos estados psicológicos normais e nas diversas formas de psicopatologia, Blatt e colegas (Blatt et al., 1976; Blatt, D' Afflitti & Quinlan, 1979a) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas (QED). Este foi construído para estudar experiências depressivas em indivíduos normais (Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000a), permitindo medir um conjunto de experiências relacionadas com a patologia depressiva, mas que, em si mesmas, não podem ser consideradas sintomas clínicos depressivos (Blatt et al., 1976; Campos, 2000a; 2009a). Desta forma, o desenvolvimento do QED teve por base um quadro conceptual que coloca a tónica na continuidade entre os estados afectivos depressivos em populações não clínicas e a depressão enquanto síndrome ou doença. Blatt vê a depressão como no extremo de um contínuo com a normalidade e não enquanto entidade nosológica isolada (Campos, 2000b).

Com base numa revisão da literatura clínica sobre a depressão, Blatt e colegas (1976; 1979a) escreveram 150 afirmações que constituíam experiências do dia a dia descritas por indivíduos deprimidos, mas que não representavam sintomas manifestos

de depressão (Blatt et al., 1976; Blatt, 1990). Estas afirmações descreviam a forma como os depressivos se relacionavam com os outros, como se sentiam consigo próprios, como vivenciavam o seu dia a dia, bem como as suas principais preocupações (Blatt, 1990). Foram seleccionadas sessenta e seis dessas afirmações por vários juízes, já que descreviam experiências fenomenológicas típicas do depressivo e se mostravam relativamente independentes entre si (Blatt et al., 1976).

Deste modo, os 66 itens incluídos no QED abordam questões como a distorção ou depreciação do sentido de si e dos outros, a dependência, o desamparo, o egocentrismo, o medo da perda, a dificuldade em lidar com a raiva, a ambivalência, a culpa, a perda de autonomia e a disfunção nas relações familiares (Blatt, 1990). Os sujeitos respondem ao questionário numa escala tipo Likert de 7 pontos, correspondendo o 1 a «discordo totalmente» e o 7 «concordo totalmente». O 4 é o ponto médio, quando o sujeito está indeciso ou neutro.

Blatt et al. (1976; 1979a), através de uma análise factorial em componentes principais, efectuada com a amostra original de aferição de estudantes universitários americanos (500 mulheres e 160 homens), obteve resultados para três escalas/factores. O factor I, denominado de «*Dependência*», engloba itens que estão direccionados para o exterior e que se relacionam com as relações interpessoais e com temáticas como o abandono, a solidão, o desamparo, o desejo de estar perto, relacionar-se e depender dos outros. Os itens com saturação mais elevada neste factor envolvem preocupações com a rejeição e o abandono, com a possibilidade de magoar/ofender os outros, fazendo com que o sujeito tenha dificuldades em lidar com a raiva e a agressividade por medo de perder a gratificação que os outros podem dar (Blatt & Homann, 1992; Blatt, 2004). O factor II, designado «*Auto-criticismo*» é constituído por itens que têm uma dimensão interna e reflectem sentimentos de culpa, vazio interno, desesperança, insegurança e insatisfação. Os itens que obtêm saturações mais elevadas neste factor traduzem preocupações com a incapacidade para estar à altura das expectativas e dos objectivos traçados, assim como dificuldades em assumir responsabilidades, a vivência de sentimentos de ameaça perante a mudança, ambivalência em relação a si mesmo e aos outros, tendência para assumir a culpa, criticar-se e desvalorizar-se a si mesmo (Blatt & Homann, 1992; Blatt, 2004).

Para além dos dois principais factores consistentes com as duas dimensões de depressão propostas por Blatt (1974), anaclítica ou de dependência, introjectiva ou de auto-criticismo, a análise factorial revelou ainda a existência de um terceiro factor designado de «*Eficácia*» (Blatt et al., 1976). Este factor envolve itens que indicam um sentido de confiança do sujeito nos seus próprios recursos e capacidades. Os itens

com saturação elevada neste factor traduzem a confiança do próprio sujeito nas suas capacidades e recursos, o sentimento de possuir força interior, ser capaz de assumir responsabilidades, sentir-se independente, orgulhoso e satisfeito com as suas realizações pessoais. Os indivíduos com pontuação elevada neste factor vivenciam sentimentos de realização pessoal, são muito orientados para os objectivos, mas não chegam a ser demasiado competitivos (Blatt & Homann, 1992; Blatt, 2004). Relativamente à escala de eficácia, Nietzel e Harris (1990) afirmaram que os resultados nesta escala podem ter diferentes significados, conforme a amostra em estudo seja clínica ou não clínica. Em populações clínicas, a escala de eficácia deverá medir uma dimensão relacionada com comportamentos e mecanismos maníacos, os quais emergem como forma de negar as dificuldades relacionadas com a dependência (Blatt et al., 1982). Shapiro (1988), por sua vez, refere que o factor de eficácia poderá medir uma defesa hipomaníaca contra a depressão e não só em pacientes psiquiátricos. Já Fuhr e Shean (1992) defendem que a escala de eficácia, obtida na sua análise factorial, poderá ter um significado diferente, ou seja, pode ser uma escala que reúne condições para avaliar a normalidade, não significando esta última a ausência de dependência ou de auto-criticismo. Blatt (2008), por seu turno, considera o factor de eficácia como uma medida de uma dimensão mais evoluída da auto-definição, como será referido mais à frente.

Na amostra de aferição de raparigas, os três factores mostraram ser bastante estáveis. As soluções factoriais para raparigas e rapazes, quando se utilizou o coeficiente de congruência de Tucker, mostraram ser semelhantes (Blatt et al., 1976). A estrutura factorial do QED foi reproduzida utilizando amostras mais extensas de universitários de ambos os sexos (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990a).

Uma vasta gama de estudos empíricos, realizados ao longo das últimas três décadas, demonstra que os três factores do QED são bastante estáveis em populações, clínicas e não clínicas, de adolescentes e adultos de várias culturas (ex.: Campos, 2000a, 2009b; Frank, Van Egeren & Paul, 1997; Zuroff et al., 1990a). Estes estudos indicam, de forma consistente, que os 66 itens do QED se agrupam dentro dos três factores: dependência, auto-criticismo e eficácia.

Fuhr e Shean (1992) obtêm, com jovens universitários, uma solução factorial semelhante à original, principalmente no que diz respeito à variância explicada, aos valores próprios e às saturações nos factores. Também Campos (2000a, 2009b) obteve uma solução factorial semelhante à versão original com uma amostra portuguesa.

Jerdonek (citado por Viglione, Philip, Clemmey & Camenzuli, 1990), numa população universitária, reproduziu a estrutura factorial original e obteve três factores



ortogonais. Contudo, numa amostra de pacientes psiquiátricos, não conseguiu reproduzir a estrutura original. Obteve apenas dois factores, sendo que o primeiro era composto por itens dos factores originais de dependência e de auto-criticismo e o segundo tinha semelhanças com o factor original de eficácia.

As escalas de dependência e de auto-criticismo, numa amostra de universitários, mostraram ser estáveis ao longo do tempo, apresentando uma correlação teste-reteste, respectivamente, 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, com um intervalo de 10 semanas, para a escala de dependência. Overholser (1992) obteve correlações teste-reteste de 0,78 e 0,75, respectivamente, para as escalas de dependência e de auto-criticismo, com um intervalo de 10 semanas. Zuroff, Igreja e Mongrain (1990b) num grupo de indivíduos com resultados extremos no QED obtiveram, com um intervalo de 12 meses, valores de correlação teste-reteste de 0,79 para ambas as escalas.

Numa amostra de universitários que receberam notas escolares entre a primeira e a segunda aplicações, com um intervalo de 5 semanas entre cada uma, não se verificaram diferenças nas médias das escalas de dependência e de auto-criticismo. As correlações teste-reteste foram de 0,86 e 0,68 para a dependência e para o auto-criticismo, respectivamente (Zuroff et al., 1983). Uma explicação possível para que esta última correlação seja um pouco mais baixa é a de que as medidas de auto-estima costumam ser influenciadas pelo conhecimento de resultados de avaliações pessoais (Zuroff et al., 1983). Ouimette e Klein (1993), em universitários, encontraram valores de correlação teste-reteste (0,71 para a dependência e 0,77 para o auto-criticismo) com um intervalo de 10 semanas, que apoiam a estabilidade temporal das escalas de dependência e de auto-criticismo do QED.

Pode, assim, dizer-se que a estabilidade temporal das escalas do QED reforça a perspectiva teórica de Blatt, na qual as vulnerabilidades para as depressões anaclítica e introjectiva são características estáveis da personalidade que são estabelecidas precocemente no desenvolvimento e que não são afectadas por estados depressivos, em populações não clínicas (Campos, 2000a).

Relativamente à consistência interna das três escalas, esta mostrou ser adequada, tanto para indivíduos do sexo feminino, como para indivíduos do sexo masculino, apresentando valores de  $\alpha$  de Cronbach moderados, quer no estudo original (Blatt et al., 1979a), entre 0,72 e 0,83, quer no estudo de replicação desenvolvido mais tarde (Zuroff et al., 1990a), entre 0,69 e 0,81. Contudo, alguns

autores obtiveram valores de consistência interna mais baixos (e.g.: Baker, Nenneker & Barris, 1997).

No que respeita à validade, uma quantidade apreciável de trabalhos publicados centraram-se nesta questão, nomeadamente na natureza dos constructos avaliados pelas escalas, sobretudo da dependência e do auto-criticismo. Zuroff et al. (1983) pensaram a escala de dependência e de auto-criticismo não como medidas da intensidade de estados afectivos momentâneos, mas sim como medidas de vulnerabilidade a dois tipos de humor ou experiências depressivas. Nietzel & Harris (1990) pensaram o QED como uma medida de predisposições pré-mórbidas para a depressão. Já Viglione et al. (1990) defendem que o QED não constitui uma operacionalização válida das dimensões propostas por Blatt, principalmente em populações clínicas. Robins et al. (1994) referem que o QED mostra ter dificuldades ao nível da validade e Fuhr & Shean (1992) salientam que os resultados obtidos não apoiam a validade das escalas de dependência e de auto-criticismo como uma operacionalização adequada dos constructos de Blatt (1974). Neste sentido, uma das críticas que tem sido feita ao QED relaciona-se com o facto de vários estudos com populações normais e, sobretudo, com populações clínicas (deprimidos) obterem uma correlação elevada entre a escala de dependência e de auto-criticismo (Fuhr & Shean, 1992; Shapiro, 1988; Overholser & Freiheit, 1994). Robins et al. (1994) assumem que a elevada correlação entre as escalas de dependência e de auto-criticismo nalguns estudos, apesar de não ser contraditória com o modelo de Blatt, conduz a problemas métricos, na medida em que dificulta a investigação das relações diferenciais com outras escalas. Contudo, a maioria dos estudos obteve correlações modestas entre as duas escalas (Blatt et al., 1982; Zuroff et al., 1983; Zuroff et al., 1990a; Zuroff et al., 1990b; Ouimette & Klein, 1993; Rude & Burhnam, 1995) e correlações com valores um pouco mais elevados em populações clínicas (Blatt et al., 1982). Na adaptação portuguesa (Campos, 2000a, 2009b), os resultados das correlações entre as escalas de dependência e auto-criticismo sugerem uma independência entre os dois constructos, variando os resultados entre -0,05 e -0,15.

Nietzel & Harris (1990) verificaram que a correlação média das duas escalas foi de 0.22 num total de 15 estudos com amostras clínicas e não clínicas, ou seja, um valor que se pode considerar como sendo moderado. Fuhr & Shean (1992) afirmaram que a correlação deveria ser fraca entre a dependência e o auto-criticismo, já que estes são dois tipos depressivos independentes. Sugeriram a possibilidade da dependência e do auto-criticismo serem dimensões que se sobrepõem, não sendo independentes, já que encontraram um elevado número de indivíduos universitários

(sem valores significativos de depressão) com resultados elevados em ambas as escalas. De qualquer forma, note-se que Blatt nunca afirmou que a dimensão anaclítica e introjectiva eram totalmente independentes. Considera mesmo que, em alguns sujeitos, as duas dimensões podem estar presentes de forma evidente (Campos, 2000b), como discutimos antes.

Também Brown & Silberschatz (1989) relataram que os seus resultados, numa amostra psiquiátrica, dão pouco apoio à conceptualização de Blatt de dois sub-tipos depressivos ou de duas classes de experiências depressivas independentes, apesar de ambas se correlacionarem significativamente com a depressão. Os pacientes mostraram uma tendência para apresentar resultados semelhantes nas duas escalas.

Contudo, é de salientar que no estudo inicial do QED, Blatt et al. (1976) afirmaram que a dependência e o auto-criticismo poderiam não ser mutuamente exclusivos, existindo a hipótese de se encontrar “uma forma composta de depressão, que incluísse traços da dimensão anaclítica e da dimensão introjectiva”, que seria mais prevalente em populações clínicas. Assim, espera-se, principalmente em populações clínicas, que uma correlação moderada, mas não demasiado elevada, possa emergir entre as duas escalas (Campos, 2000a).

Para Franche & Dobson (1992), os esquemas de dependência e de auto-criticismo são independentes mas, nalguns casos, podem co-ocorrer no mesmo indivíduo. No entanto, também colocam a hipótese destes serem interdependentes entre si. Em populações clínicas, segundo estes autores, pode ser que estes esquemas coexistam mais frequentemente no mesmo indivíduo. Poderá ser necessário que um indivíduo apresente ambos os factores de vulnerabilidade para se tornar gravemente deprimido (Franche & Dobson, 1992).

Como afirma Campos (2009b), o factor de auto-criticismo correlaciona-se normalmente de forma significativa e moderada com as medidas tradicionais de depressão e da sintomatologia depressiva, quer em populações clínicas (Klein, 1989; Blatt & Zuroff, 1992), quer em populações normais universitárias, nomeadamente com as escalas de depressão de Beck e de Zung, ou com outras medidas de intensidade ou severidade dos sintomas depressivos (Blatt & Zuroff, 1992). Consoante os estudos e as medidas de sintomatologia usadas, as correlações variaram entre 0.38 e 0.65, em populações não clínicas (Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Furh & Shean, 1992; Ouimette & Klein, 1993; Overholser, 1992; Robins et al., 1994; Smith, O’Keeffe & Jenkins, 1988; Zuroff et al., 1990b). As correlações variaram entre 0.34 e 0.64 (Blatt et al., 1982, Baker et al., 1997, Brown & Silberschatz, 1989) em populações clínicas.

Para Campos (2000a, 2009b), as correlações encontradas na literatura entre a escala de auto-criticismo e as medidas de sintomatologia depressiva não parecem ser

demasiado elevadas, se se tiver em conta que poderão ser medidas de estado e traço, respectivamente, de uma mesma dimensão.

No caso da escala da dependência, segundo Campos (2009b) as correlações foram, de uma forma geral, menos elevadas mas, nalguns casos, significativas (Blatt & Zuroff, 1992), principalmente em populações clínicas (Klein, 1989), variando entre - 0.10 e 0.41 consoante os estudos, a natureza da amostra (clínica ou não clínica) e as medidas de sintomatologia utilizadas (Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Overholser, 1992; Fuhr & Shean, 1992; Overholser & Freiheit, 1994; Robins et al., 1994; Baker et al., 1997; Smith et al., 1988; Zuroff et al., 1990b). Somente em dois estudos foram encontrados valores mais elevados de 0.45 (como uma amostra normal; Ouimette & Klein, 1993) e 0.53 (com uma amostra patológica; Brown & Silberschatz, 1989). Nietzel & Harris (1990) numa meta-análise de literatura verificaram que a correlação média entre a escala de dependência e as medidas de depressão sintomática foi de 0.29 considerando um total de 12 estudos com amostras clínicas e não clínicas e a correlação média entre a escala de auto-criticismo e medidas de depressão foi de 0.49. Estes resultados estão em consonância com as ideias propostas por Blatt e colegas, de que o factor de dependência parece medir uma dimensão da depressão que é, de alguma forma, negligenciada pelos principais métodos de avaliação da depressão (Blatt, 1990; Blatt et al. 1976; Blatt & Homann, 1992), que tendem a estar mais dispostos a medir a dimensão de auto-criticismo (Blatt & Zuroff, 1992). É o que possivelmente acontece com a escala de Zung e com o Inventário de Beck que só em segundo plano medirão a dimensão de dependência da depressão estado (Blatt et al., 1982). Provavelmente a fraca associação entre dependência e medidas de depressão está relacionada com o facto da grande maioria destas medidas serem constituídas por itens que reflectem sintomas de auto-criticismo da depressão-estado, não sendo medidas direccionadas para a avaliação de sintomas da depressão-estado de dependência (Smith et al., 1988) e/ou que este tipo de instrumentos seja uma medida mais adequada da sintomatologia depressiva que é mais saliente para o auto-criticismo.

Mas a razão da existência de uma relação mais fraca entre a escala de dependência e as medidas de depressão pode ser outra. Blatt et al. (1995), com base na análise do conteúdo dos itens da escala de dependência, sugerem que estes medem uma grande variedade de aspectos do relacionamento interpessoal (desde formas imaturas, como dependência, a formas mais evoluídas, como a reciprocidade e a interdependência). Poderá acontecer que as correlações sejam pouco significativas entre o factor de dependência e as medidas tradicionais de depressão devido ao facto dos itens que medem verdadeiramente a dependência se encontrarem misturados

com itens que medem um modo mais evoluído de relacionamento interpessoal (Blatt et al., 1995). Em termos teóricos, faz sentido propor duas facetas dentro do factor de dependência: a dependência (*dependency*) e o relacionamento (*relatedness*) ou como tem sido denominado e originalmente proposto por Rude & Burhman (1995), *neediness* e *connectedness* e, na língua portuguesa, por Campos et al. (2010) de necessidade e contacto. A primeira contém itens que expressam uma grande necessidade dos outros, mas sem uma diferenciação clara relativamente a quem se é dependente. Os temas centrais são o desamparo e a fraqueza na ausência dos outros. A segunda faceta é constituída por itens associados ao relacionamento com uma pessoa em específico, não sendo uma relação indiferenciada, mas sim uma relação onde seriam reconhecidas as qualidades únicas dessa pessoa. Existe uma valorização da relação e, como consequência, uma vulnerabilidade à perda desse alguém significativo, sendo o tema central a solidão (Blatt et al., 1995). A diferenciação entre duas subescalas dentro do factor de dependência foi observada nalgumas amostras. Blatt et al. (1995) mostraram que a subescala de dependência é uma medida mais consistente de depressão do que a escala original, principalmente nas mulheres e que a subescala de relacionamento se correlacionou significativamente com medidas de bem estar psicológico (Blatt et al., 1995). Desta forma, foi demonstrada a diferenciação entre dois níveis de relacionamento interpessoal na escala de dependência, a qual foi corroborada por Rude & Burhman (1995).

Para Rude & Burnham (1995), a subescala *connectedness* indica uma sensibilidade do indivíduo ao impacto das suas acções nos outros e uma valorização das relações interpessoais próximas e harmoniosas e a subescala de *neediness* corresponde ao que normalmente se denomina de dependência, sendo uma dimensão desadaptativa. As raparigas universitárias obtiveram resultados significativamente mais elevados que os rapazes no factor *connectedness*, o que significa que as mulheres estão mais preocupadas com as relações interpessoais. Por outro lado, a escala *neediness* correlacionou-se significativamente com o Inventário de Beck.

Em 1995, Blatt e colegas afirmaram que o mesmo podia não acontecer para a escala de auto-criticismo. Nesse caso, os itens pareciam medir experiências associadas com uma dimensão evoluída e articulada de auto-definição e pareciam poucos os itens que avaliassem experiências mais imaturas (ex.: medos de aniquilação ou ausência de auto-definição). No entanto, mais recentemente, Blatt (2008) apresentou evidências que sugerem que o QED pode avaliar dois níveis desenvolvimentais relacionados com a dimensão da auto-definição. Com base nas correlações da escala de auto-criticismo com a dimensão desadaptativa das relações interpessoais (*necessidade*) e as correlações da escala de eficácia com a dimensão mais adaptativa

dessas relações (*contacto*), Blatt sugeriu que o factor de auto-criticismo e o factor de eficácia avaliam diferentes níveis de auto-definição – uma auto-definição desadaptativa, avaliada pelo factor de auto-criticismo e uma auto-definição adaptativa avaliada pelo factor de eficácia do QED (Blatt, 2008). Exemplo disso é o estudo de Kuperminc, Blatt & Leadbeater (1997) no qual o factor de auto-criticismo se correlacionou com indicadores de funcionamento social e académico desadaptativo, enquanto que a eficácia se correlacionou com indicadores adaptativos.

Blatt (2004) revê diversos estudos que apoiam a validade do constructo do QED, estudos onde se obtiveram correlações entre as escalas e as outras medidas psicológicas. Overholser (1992) observou que, em universitários, o auto-criticismo e a dependência se correlacionaram negativa e significativamente com uma medida de auto-estima positiva. Por outro lado, correlacionaram-se positivamente com uma medida de percepção do isolamento e de falta de apoio social.

No trabalho de Overholser & Freiheit (1994), a escala de dependência correlacionou-se negativamente com a auto-estima positiva e positivamente com o medo de perder a aprovação social, o medo das avaliações negativas dos outros e com o evitamento de situações que requerem avaliação. A dependência obteve, ainda, correlações positivas com o desconforto e a inibição perante a presença dos outros e correlações negativas com a capacidade de dizer aos outros que não se sente satisfeito com eles.

Ouimette & Klein (1993) verificaram, numa amostra não clínica de universitários, que a escala de dependência do QED se correlacionou significativamente com a perturbação dependente da personalidade (segundo os critérios do DSM-III-R) e negativamente com a perturbação esquizóide. A escala de auto-criticismo correlacionou-se, depois de controlado o efeito da intensidade da depressão, com as perturbações paranóide, obsessivo-compulsiva e *borderline* da personalidade. Com base nestes resultados, que são compatíveis com a conceptualização psicopatológica de Blatt & Schichman (1983), com excepção da correlação com a perturbação *borderline* da personalidade, os autores chegaram à conclusão de que a dependência e o auto-criticismo podem ser facetas/componentes de constructos da personalidade mais gerais e não dimensões únicas e distintas.

Zuroff et al. (1983), numa amostra de universitários, verificaram que existiam relações entre a dependência e o auto-criticismo e medidas de culpa, auto-estima, hostilidade e *locus* de controlo. Os homens dependentes apresentaram um *locus* de controlo externo e culpa relativamente à hostilidade. Para além disso, não apresentaram baixa auto-estima, o que vai de encontro à ideia de Blatt de que estes

sujeitos se sentem desamparados, mas não desvalorizados. Ao contrário do que se esperava, os homens dependentes apresentaram culpa relacionada com a moralidade e a consciência. Nas mulheres, os resultados foram bastante idênticos, com exceção de que não foram encontradas, como nos homens, relações entre a dependência e o *locus* de controlo externo. Tanto nas mulheres, como nos homens, o auto-criticismo relacionou-se com a culpa relativamente à moralidade e com a baixa auto-estima, mas não com o *locus* de controlo interno.

Relativamente às diferenças de género no que diz respeito às pontuações nas escalas do QED, Chevron et al. (1978) concluíram que as jovens universitárias apresentavam valores de dependência significativamente mais altos do que os jovens universitários e que estes apresentaram valores mais altos que as raparigas no auto-criticismo. Já Zuroff et al. (1990a) obtiveram resultados em que as universitárias pontuaram significativamente mais alto na dependência e os universitários mais alto no auto-criticismo, mas, no entanto, Overholser (1992) verificou que as universitárias pontuam significativamente mais alto na dependência, não encontrando diferenças significativas no que diz respeito ao auto-criticismo. Na versão portuguesa do QED (Campos, 2000a, 2009b), os resultados são idênticos aos obtidos por Overholser (1992), já que não foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações dos estudantes do sexo feminino e masculino na escala de auto-criticismo do QED. No entanto, verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos na escala de dependência, sendo que os sujeitos do sexo feminino pontuaram significativamente mais alto nesta escala que os sujeitos do sexo masculino.

Atger et al. (2003) efectuaram um estudo de validação do QED para a população francesa com uma amostra extensa de indivíduos normais, com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos de idade. A análise factorial do QED revelou a existência de três factores ortogonais, os quais correspondem às dimensões da personalidade propostas por Blatt. A consistência interna e a validade do questionário mostraram ser adequadas para os três factores do QED. A dimensão anaclítica e a dimensão introjectiva do QED correlacionaram-se positivamente com medidas de depressão (DSM-IV, Beck Depression Inventory), o que é consistente com os resultados obtidos por Blatt. A dimensão anaclítica apresentou-se como sendo menos diferenciada nos rapazes do que nas raparigas, o que sugere que o conceito de dependência pode assumir importâncias diferentes nos homens e nas mulheres.

Kuwabara, Sakado, Sakado, Sato & Someya (2004) desenvolveram uma versão japonesa do QED. Para estudar a validade do questionário, avaliaram a validade factorial e o poder discriminante para a depressão (validade de constructo). Para estudar a validade de constructo, na presença e ausência de depressão, as

pontuações nas escalas do QED foram comparadas entre sujeitos com e sem história de perturbação depressiva *major* (PDM). Para identificar a história depressiva, foi utilizado o *Inventory to Diagnose Depression* (versão lifetime). A fiabilidade do instrumento mostrou ser bastante similar à da versão original. Enquanto o auto-criticismo obteve uma boa fiabilidade, a dependência aparece como tendo uma fiabilidade moderada. Nas comparações entre indivíduos com e sem história de depressão *major*, observou-se que os primeiros obtiveram pontuações mais elevadas no auto-criticismo que os últimos, sugerindo que a versão japonesa do QED, em especial a escala de auto-criticismo, têm a capacidade de distinguir os sujeitos com história depressiva dos sujeitos normais. Assim, o QED é um instrumento útil para avaliar a personalidade propensa à depressão.

Luyten et al. (2007), numa amostra composta por 93 pacientes com perturbação depressiva *major* (PDM), 43 pacientes com várias perturbações, 501 estudantes universitários e 253 adultos saudáveis, utilizando o QED, verificaram que a dependência está mais associada à PDM do que o auto-criticismo, já que este não difere entre os pacientes depressivos e os mistos. Por outro lado, as mulheres com PDM e com outras perturbações psiquiátricas têm níveis mais elevados de auto-criticismo, comparativamente com os homens. Os homens com PDM têm níveis mais elevados de dependência, comparativamente com as mulheres. Neste estudo, concluiu-se, ainda, que a gravidade da depressão está mais relacionada com o auto-criticismo do que com a dependência, principalmente nos pacientes com PDM.

Yao, Fang, Zhu & Zuroff (2009) desenvolveram uma versão chinesa do QED. Com base nos resultados de uma amostra de 640 estudantes (343 mulheres e 297 homens), com idades compreendidas entre os 17 e os 23 anos de idade, estudaram a estrutura factorial, a consistência interna e a validade da versão chinesa. A análise factorial em componentes principais revelou a existência de três factores, que são consistentes com os obtidos por Blatt: dependência, auto-criticismo e eficácia. No entanto, a ordem de emergência de cada factor foi diferente da versão original. No caso da amostra chinesa, o primeiro factor foi o auto-criticismo, o segundo a eficácia e o terceiro a dependência, o que demonstra que a variância explicada por cada factor pode variar de cultura para cultura e que, na população chinesa, a eficácia é uma dimensão que reflecte confiança. As saturações dos itens nos factores mostraram ser semelhantes na versão chinesa e na versão original. Relativamente às correlações entre os três factores do QED, estas foram baixas (não excedendo .30), o que significa que estes são independentes entre si. No que diz respeito à validade, o auto-criticismo mostrou ter correlações mais significativas com os sintomas depressivos (avaliados pelo *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale* - CES-D) que a



dependência. As correlações baixas entre o factor de dependência e as medidas de depressão podem dever-se ao facto da escala de dependência ser constituída por duas subescalas (dependência e relacionamento), como já referimos, correlacionando-se a subescala de relacionamento com medidas de bem-estar psicológico. A correlação negativa entre a eficácia e os sintomas depressivos indica que a eficácia serve como um indicador de bem-estar psicológico. Relativamente à consistência interna da prova, os valores de *alpha* de Cronbach obtidos, apesar de serem aceitáveis, foram mais baixos que os obtidos no estudo original. A fiabilidade teste-reteste apresentou valores de *alpha* entre .58 a .75 nas mulheres e entre .50 e .68 nos homens. Os resultados obtidos demonstram que o QED apresenta uma consistência interna aceitável e uma validade satisfatória, em termos de validade de constructo e validade preditiva.

Após apresentar diversos estudos que utilizaram e validaram a versão original do QED, parece importante apresentar agora o trabalho de adaptação do QED para a população portuguesa (Campos, 2000a, 2009b). Este processo de adaptação ocorreu ao longo de várias etapas: 1) tradução preliminar da versão original; 2) avaliação dessa tradução por especialistas da língua e no assunto e selecção dos itens para a versão experimental; 3) retroversão da versão experimental do questionário e reescrita dos itens; 4) retroversão da versão experimental reescrita do QED e aplicação experimental do questionário; 5) demonstração da equivalência linguística cruzada entre o original e a versão portuguesa e, por último, estudo psicométrico da versão portuguesa.

De forma a obter os dados normativos, o QED foi aplicado a 488 estudantes do ensino superior (129 homens e 359 mulheres), com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos. Ao mesmo tempo, foi também aplicado a uma amostra de 205 adultos com profissão (103 homens e 102 mulheres), dos 19 aos 69 anos. Não foram encontradas diferenças significativas entre estudantes do sexo feminino e masculino no que respeita à escala do auto-criticismo, mas verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita à dependência. Relativamente aos adultos com profissão, os resultados foram semelhantes, não se registando diferenças entre homens e mulheres no que respeita ao auto-criticismo, mas sim no que diz respeito à escala de dependência (Campos, 2009b), obtendo as mulheres resultados mais elevados.

Como é referido no manual, os resultados obtidos na escala da dependência vão de encontro aos resultados apresentados na literatura (Chevron et al., 1978; Overholser, 1992; Zuroff et al., 1990a), onde os sujeitos do sexo masculino obtêm resultados médios significativamente inferiores aos do sexo feminino (Campos,

2009b). Relativamente à escala de auto-criticismo, os resultados são consensuais com alguns estudos publicados. Nalguns deles, os indivíduos do sexo masculino apresentam resultados significativamente superiores nesta escala comparativamente com os indivíduos do sexo feminino (Chevron et al., 1978; Zuroff et al., 1990a). Noutras investigações, não se registaram diferenças significativas entre os sexos, apesar dos resultados dos homens serem normalmente mais elevados, como no caso referido antes do estudo de Overholser (1992).

No que diz respeito à consistência interna, foi calculado o coeficiente de *alpha* de Cronbach para as três escalas, em separado para o grupo dos rapazes e para o grupo das raparigas. Nos rapazes, os valores foram respectivamente de .82, .78 e .71, para a dependência, o auto-criticismo e a eficácia. Nas raparigas foram, respectivamente, de .77, .79 e .70 (Campos, 2009b). Como é referido no manual português, estes resultados aproximam-se bastante dos de Blatt, quer dos resultados do estudo original (1976), quer dos obtidos no estudo de replicação efectuado em 1990.

Com vista a estudar a estrutura factorial do instrumento, o autor realizou uma análise em componentes principais, usando o mesmo procedimento de Blatt. Optou-se por realizar a análise factorial apenas com os sujeitos do sexo feminino, devido ao pequeno número de sujeitos do sexo masculino. Esta análise revelou a presença de três factores. Na solução factorial obtida originalmente por Blatt, o factor I foi designado de «*Dependência*», o II de «*Auto-criticismo*» e o III de «*Eficácia*». Na solução factorial da versão portuguesa, o factor I é o de Auto-criticismo, o factor II, o de Dependência, mantendo-se o factor III, o de Eficácia (Campos, 2009b).

Para comparar a solução factorial obtida com a amostra portuguesa e a obtida no estudo original de Blatt, o autor calculou o coeficiente de congruência para as três escalas do questionário. O coeficiente de congruência de Tucker foi de 0,92 para as escalas de dependência, 0,93 para as escalas de auto-criticismo e de 0,86 para as escalas de eficácia. Os resultados indicam que as soluções factoriais americana e portuguesa são bastante semelhantes e, conseqüentemente, apontam no sentido de uma validade adequada da versão portuguesa do instrumento (Campos, 2009b).

Para estudar a validade das escalas do QED, o autor calculou as correlações dessas escalas entre si e entre cada uma delas e o resultado da versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Essas correlações foram realizadas em separado para os estudantes do sexo masculino e do sexo feminino. Os resultados das correlações entre as escalas de dependência e de auto-criticismo sugeriram uma independência dos dois constructos (-0,05 nos homens e -0,15 nas mulheres) (Campos, 2009b).

Segundo o autor da versão portuguesa, as correlações das escalas de dependência e de auto-criticismo com o resultado do BDI apresentam valores dentro do esperado e são semelhantes aos de outros estudos já citados, isto é, foram relativamente elevadas (nos homens, 0,48 para o auto-criticismo e 0,20 para a dependência e, nas mulheres, 0,50 para o auto-criticismo e 0,27 para a dependência) (Campos, 2009b). Para o autor, estes resultados parecem indicar que o BDI mede algo diferente das escalas do QED, no entanto, apesar de tudo, parece ter alguma relação com os constructos medidos por essas escalas, principalmente com o auto-criticismo. Aliás, como foi dito anteriormente, os inventários de sintomatologia depressiva, nomeadamente o BDI, correlacionam-se habitualmente mais com o auto-criticismo (Blatt, 1990; Blatt et al. 1976; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992), daí apresentarem correlações mais elevadas com a escala de auto-criticismo nos vários estudos publicados. Relativamente à escala de eficácia, esta não obteve correlações significativas com o BDI (nos homens -0,20, nas mulheres -0,02).

## Capítulo 5. A Construção do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A)

A forma adolescente do QED, o QED-A, foi desenvolvida por Sidney Blatt, Carrie Shaffer, Susan Bers e Donald Quinlan, em 1992, porque alguns itens do QED original remetiam para temas que não eram relevantes para os adolescentes, como por exemplo, sentimentos em relação ao trabalho (Blatt, 2004). Dos 66 itens originais do QED, 43 foram simplificados e revistos, pedindo a colaboração de um pequeno grupo de adolescentes com o objectivo de tornar o questionário apropriado para esta faixa etária e para confirmar a clareza dos itens depois de modificados (Blatt et al., 1992; Blatt, 2004). O conteúdo dos restantes itens foi mantido na sua forma original. O QED-A foi, posteriormente, aplicado juntamente com o CES-DC (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*) e outras medidas de personalidade durante um dia normal de aulas a 601 estudantes (320 raparigas e 281 rapazes) de uma escola suburbana de Nova Iorque, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, a frequentar o 9º, 10º, 11º e 12º anos de escolaridade e pertencentes a um nível socioeconómico médio-alto (Blatt et al., 1992). Foi, também, aplicado juntamente com o *Children Depression Inventory* (CDI) e outras medidas de personalidade a uma amostra de 142 estudantes (60 raparigas e 82 rapazes) do 9º ano de escolaridade de uma escola situada em Connecticut, uma cidade industrial, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos e pertencentes a um nível sócioeconómico baixo (Blatt et al., 1992; Blatt, 2004). Por último, uma amostra de estudantes universitários ( $n = 93$ ) completou o QED, o QED-A e a SAS (*Sociotropy-Autonomy Scale*).

Apenas 464 dos 601 protocolos recolhidos na escola suburbana foram sujeitos à análise factorial em componentes principais, visto que 98 alunos omitiram um item no QED-A e 39 omitiram dois ou mais itens. Através desta análise, a solução factorial obtida foi altamente semelhante àquela encontrada na versão dos adultos (QED), revelando a existência dos mesmos três factores: Dependência, Auto-criticismo e Eficácia (Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1992). Cada um dos três factores do QED-A apresentou níveis elevados de consistência interna (coeficientes de *alpha* de .90, .82 e .79, respectivamente). De seguida, procedeu-se à comparação entre a amostra masculina e feminina de adolescentes nestes três factores, a qual revelou coeficientes de congruência acima de 0.85, ou seja, 0.89 para a Dependência, 0.88 para o Auto-criticismo e 0.92 para a Eficácia (Blatt et al., 1992). Contrariamente aos resultados obtidos para o QED, os coeficientes de congruência na amostra de estudantes do

ensino secundário no QED-A foram elevados entre a dependência nas raparigas e o auto-criticismo nos rapazes (0.71) e, em menor grau, entre o auto-criticismo nas raparigas e a dependência nos rapazes (0.48). Isto indica que os itens tendem a saturar em ambos os factores, sugerindo que existe uma menor diferenciação entre estas duas dimensões na adolescência (Blatt et al., 1992) do que na idade adulta. Por outro lado, as correlações dos três factores do QED-A entre si situam-se entre os .20 e os .31.

Relativamente às correlações entre os factores do QED e do QED-A, estas situaram-se acima dos .75 (Blatt et al., 1992). Os coeficientes de congruência entre cada factor em ambas as formas (QED e QED-A) foi de .90 para a Dependência, .87 para o Auto-criticismo e .72 para a Eficácia. A análise item a item indicou que, pelo menos, 40 dos 43 itens revistos do QED-A são altamente similares, em termos de saturação nos factores, aos itens originais do QED, na amostra de 93 estudantes universitários (Blatt et al., 1992).

O QED-A apresentou uma fiabilidade teste-reteste satisfatória num período de 10 dias, na amostra de 142 estudantes do 9º ano residentes no centro da cidade, para a Dependência, Auto-criticismo e Eficácia ( $r_s = .86, .79$  e  $.65$ , respectivamente) e a 1 ano ( $r_s = .63, .56$  e  $.52$ , respectivamente), numa sub-amostra de 108 dos 601 estudantes da escola suburbana. Com excepção de uma modesta correlação ( $r = .24$ ,  $p < .01$ ) entre o factor dependência na avaliação inicial e o factor de auto-criticismo um ano depois, as correlações entre os três factores no período de 1 ano foi baixa e não significativa ( $r = .20$ ).

Para determinar a validade dos três factores do QED-A, os mesmos foram correlacionados com a CES-DC na amostra de 562 estudantes da escola suburbana (os 464 sujeitos juntamente com os 98 alunos que omitiram um item do QED-A), com o CDI na amostra de 142 estudantes do 9º ano de escolaridade e com o SAS nos 78 estudantes universitários (apenas 78 dos 93 estudantes completaram o SAS na totalidade). As correlações dos primeiros dois factores do QED-A (Dependência e Auto-criticismo) com outras medidas de depressão replicaram os resultados obtidos com o QED original (Blatt et al., 1992), ou seja, tanto a Dependência (.50) como o Auto-criticismo (.37) se correlacionaram significativamente com a CES-DC. A Eficácia não se correlacionou com este instrumento. No que diz respeito ao CDI, este correlacionou-se com a Dependência (.25) e o Auto-criticismo (.51), enquanto que a correlação entre este e a Eficácia não foi significativa (Blatt et al., 1992). O factor de Dependência correlacionou-se significativamente com a escala de Sociotropia do SAS e negativamente com a escala de Autonomia do mesmo instrumento. O factor de Auto-criticismo correlacionou-se significativamente com a escala de Autonomia, mas não

com a escala de Sociotropia. A escala de Autonomia correlacionou-se com a escala de Eficácia do QED-A.

Como já referimos anteriormente, para Campos (2009b), as correlações encontradas na literatura entre a escala de Auto-criticismo e as medidas de sintomatologia depressiva não parecem demasiado elevadas, se se considerar que poderão ser medidas de estado e traço, respectivamente, da mesma dimensão.

Luthar e Blatt (1993) utilizando a amostra de 142 adolescentes do estudo anterior e com base nos resultados obtidos com o QED-A, com a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças – Revista), o *Social Skills Inventory – SSI* (Inventário de Competências Sociais), o CDI e o *The Nowicki-Strickland Locus of Control Scale* (Escala de Locus de Controlo de Nowicki-Strickland) encontraram associações mais fortes entre a Dependência, a tensão difusa, a ansiedade, a preocupação e a sensibilidade ao comportamento dos outros, do que entre estas e o Auto-criticismo. As associações mais fortes com o Auto-criticismo foram dos sintomas depressivos e das ideias sobre perder a aprovação dos outros. Neste estudo, as raparigas pontuaram significativamente mais alto que os rapazes na Dependência. Contudo, as diferenças de género para o Auto-criticismo não foram significativas.

Fichman et al. (1994) realizaram um estudo com uma amostra de adolescentes canadianos do 7º ao 9º ano de escolaridade com o objectivo de examinar a relação entre a Dependência e o Auto-criticismo (avaliados pelo QED-A) e o funcionamento social nesta faixa etária. Concluíram que o Auto-criticismo estava fortemente associado com relatos de problemas interpessoais, principalmente ao nível da sociabilidade e do controlo. A Dependência, por sua vez, estava relacionada com as dificuldades interpessoais. Este estudo concluiu que os níveis de auto-criticismo tendem a diminuir, progressivamente, ao longo dos anos de ensino básico, enquanto que os níveis de dependência seguem um padrão diferente, sendo elevados no início e no final do ensino básico (evolução curvilínea). É de referir que o presente estudo forneceu as evidências iniciais da validade de uma versão abreviada do QED-A, constituída por 20 itens. A utilização desta versão torna-se pertinente quando o investigador tem pouco tempo para a recolha de dados.

Leadbeater, Blatt & Quinlan (1995) com base numa revisão de literatura que efectuaram sobre as diferenças de género na vulnerabilidade para a depressão, para o stress e para os problemas de comportamento nos adolescentes, chegaram à conclusão de que a co-ocorrência de sintomas depressivos e problemas de internalização é mais frequente nas adolescentes do que nos adolescentes, enquanto que a co-ocorrência de sintomas depressivos e problemas de externalização é mais

frequentemente observada nos rapazes. As raparigas são provavelmente mais vulneráveis às questões interpessoais que os rapazes e são mais reactivas aos eventos de vida que envolvem os outros. No entanto, não diferem dos rapazes na vulnerabilidade para o auto-criticismo e na sensibilidade a eventos de vida stressantes que envolvem elas próprias. Leadbeater et al. (1995) concluíram ainda que a ocorrência de níveis elevados de vulnerabilidade interpessoal e de problemas de internalização é mais provável nas raparigas e que a ocorrência de níveis elevados de vulnerabilidade auto-crítica e problemas de externalização é mais provável nos rapazes.

Blatt et al. (1996) obtiveram as respostas de duas amostras de adolescentes (amostra I - 278 raparigas e 246 rapazes do 9º ao 12º ano de escolaridade de uma escola suburbana de Nova Iorque, de nível sócioeconómico médio-alto; amostra II – 80 raparigas e 66 rapazes do 10º ano de escolaridade de um liceu no centro da cidade industrial de Connecticut) ao QED-A, ao YSR (*Youth Self-Report*), a CES-DC (amostra I) e ao CDI (amostra II) e verificaram que duas subescalas dentro do factor de dependência, *dependência* e *relacionamento*, também podiam ser identificadas no factor de Dependência do QED-A, como acontece com o QED. Nos rapazes da amostra I, a subescala de dependência obteve correlações significativamente mais elevadas que a subescala de relacionamento com o CES-DC e com os problemas de comportamento avaliados pelo YSR, principalmente no que diz respeito aos problemas de internalização. Nas raparigas, não foram encontradas diferenças significativas nas correlações entre as duas subescalas com os problemas do YSR e com as medidas de depressão (neste caso, o CES-DC). Na amostra II, nos rapazes, a subescala de dependência obteve correlações significativamente mais elevadas que a subescala de relacionamento com as medidas de depressão (neste caso, o CDI) e com os comportamentos avaliados pelo YSR. Nas raparigas, por sua vez, não foram encontradas diferenças significativas nas correlações entre a subescala de dependência e a subescala de relacionamento com as medidas de depressão e com os problemas de comportamento avaliados pelo YSR. No entanto, ao contrário daquilo que se esperava, nas raparigas, a subescala de relacionamento obteve correlações mais elevadas com os problemas de externalização (YSR) e com a depressão (CDI), do que a sub-escala de dependência.

Frank et al. (1997) utilizando um amostra de 823 pacientes, não só replicaram a estrutura factorial do QED-A num contexto clínico, como também encontraram suporte para a validade do QED-A como medida de aspectos interpessoais e de auto-definição em adolescentes gravemente perturbados. Através do estudo da validade concorrente dos dois factores do QED, concluíram que estes estão relacionados com

diferentes variáveis critério ou com a mesma variável critério de formas diferentes (Frank et al., 1997). Consistentes com estudos anteriores (ex. Nietzel & Harris, 1990), encontraram correlações mais fortes entre o auto-criticismo e o humor depressivo do que entre os aspectos interpessoais e o humor depressivo. Concluíram, ainda, que os resultados obtidos suportam a validade preditiva do factor de auto-criticismo do QED-A.

Kuperminc et al. (1997) com o objectivo de examinar a relação entre as preocupações interpessoais e de auto-definição nos jovens adolescentes (avaliadas pelo QED-A), o desajustamento (perturbações de internalização e externalização - avaliadas pelo YSR) e as capacidades adaptativas (competência social - avaliada pelo YSR, *Adolescent Interpersonal Competence Questionnaire* (AICQ) e o *Adolescent Self Perception Profile* (ASPP); e a qualidade das relações com os pais e os pares, avaliada pelo *Inventory of parents and peers attachment* (IPPA)) utilizaram uma amostra de 499 estudantes do 6º e 7º ano de escolaridade de uma escola urbana. Verificaram que a estrutura factorial do QED-A foi similar à obtida com os adolescentes mais velhos (Blatt, Hart, Quinlan, Leabeater & Auerbach, 1993) e os adultos. No entanto, a dependência e o auto-criticismo pareceram ser menos distintos entre si, comparativamente com estudantes universitários. Blatt et al. (1993) obtiveram, por outro lado, uma menor distinção entre os dois factores na amostra de estudantes universitários, comparativamente com as amostras de adultos, o que sugere que as questões depressivas interpessoais e de auto-crítica podem ir-se tornando incrivelmente mais diferenciadas a partir do início da adolescência até ao início da vida adulta. Consistente com resultados anteriores (Blatt et al., 1993; Leadbeater et al., 1995), níveis elevados de preocupação interpessoal associaram-se a auto-relatos de problemas de internalização (depressão, ansiedade, queixas somáticas, isolamento social) e níveis elevados de auto-criticismo associaram-se com o auto-relato de problemas de internalização e externalização (agressividade, comportamento delinquente), tanto nos rapazes como nas raparigas. Por outro lado, baixos níveis de eficácia associaram-se com mais auto-relatos de problemas de externalização nas raparigas e nos rapazes e mais problemas de internalização nos rapazes. Altos níveis de preocupação interpessoal ou de auto-criticismo, especialmente em conjunto com baixos níveis de eficácia, podem diferenciar os adolescentes que são vulneráveis ao stress proveniente de fontes interpessoais e/ou intrapessoais. Essa diferenciação pode, por sua vez, estar relacionada com tendências diferenciadas para desenvolver perturbações de internalização e/ou de externalização na fase tardia da adolescência (Leadbeater et al., 1995). Também se concluiu que as raparigas têm maior vulnerabilidade às questões interpessoais e a perturbações de



internalização. Por outro lado, as raparigas e os rapazes que pontuaram alto na escala de eficácia e baixo na escala de auto-criticismo reportaram melhores competências sociais, comportamento mais adequado e auto-conceito mais elevado, bem como relações mais positivas com os pais e os pares. O facto do auto-criticismo e da eficácia estarem ambos relacionados com o auto-conceito, funcionamento social e vinculação interpessoal sugere que estes dois factores do QED-A podem medir aspectos da auto-definição, mas em níveis de desenvolvimento diferentes, como salientámos no capítulo anterior. Tanto o auto-criticismo, como a eficácia, se associam a medidas de desajustamento (ex. problemas de internalização e externalização) e às capacidades adaptativas (ex. diferentes tipos de competências e qualidades de relacionamento interpessoal). O auto-criticismo mostrou-se mais fortemente associado a medidas de desajustamento, enquanto a eficácia se associou mais à competência e à qualidade das relações interpessoais. O auto-criticismo pode, então, medir atitudes disfóricas como reacção a deficiências no desenvolvimento do *self*, enquanto que a eficácia pode avaliar atitudes proactivas do *self* (Blatt, 2008).

O factor interpessoal (a dependência), por sua vez, pode ter diferentes papéis no ajustamento psicológico de raparigas e de rapazes (Kuperminc et al., 1997). As questões interpessoais não se associaram às competências sociais e ao comportamento adaptado nas raparigas, mas associaram-se nos rapazes. As questões interpessoais relacionaram-se negativamente com o auto-conceito nas raparigas e nos rapazes. Pensa-se que os rapazes com maiores preocupações interpessoais sobre temas de rejeição, de gestão da agressividade, de magoar ou ofender os outros e de perder relações, podem concentrar-se em demonstrar altos níveis de competências sociais (ex. auto-revelação, resolução de conflitos, etc) e comportamento adequado (ex. envolvimento positivo numa equipa ou em actividades comunitárias) como forma de ganhar a aprovação dos outros e manter as relações interpessoais. Por outro lado, as raparigas têm níveis de preocupação interpessoal (dependência) mais elevados que os rapazes, mas estas preocupações não se relacionaram (comparativamente com os rapazes) com altos níveis de competências sociais e ajustamento. Assim, e resumidamente, segundo este estudo as preocupações disfóricas com questões interpessoais e de auto-definição nos jovens adolescentes associam-se à qualidade do seu ajustamento, pelo que preocupações excessivas nestes âmbitos podem contribuir para o aparecimento da psicopatologia (Kuperminc et al., 1997).

Henrich, Blatt, Kuperminc, Zohar & Leadbeater (2001) com uma amostra de 499 adolescentes do 6º e 7º ano de escolaridade, a frequentar uma escola pública, verificaram que, tal como aconteceu nas amostras de adolescentes mais velhos (Blatt

et al., 1996) e de adultos (Blatt et al., 1995; Rude & Burnham, 1995), também foi possível definir níveis de preocupações interpessoais avaliados pela escala de dependência do QED-A (*necessidade e contacto*), principalmente nas raparigas. No entanto, nesta amostra, estas duas subescalas não se mostraram tão diferenciadas pelo SSA (*Smallest Space Analysis*) como nos adolescentes mais velhos e nos adultos, mas apresentaram uma consistência interna adequada e correlações, de acordo com o esperado, com medidas de funcionamento social. Esta distinção parece ser mais saliente nas raparigas do que nos rapazes. Nos rapazes, o contacto (mas não a necessidade) está positivamente associado ao aumento da competência interpessoal e à qualidade da vinculação aos pares. Nas raparigas, o contacto correlacionou-se significativa e positivamente com a competência interpessoal, enquanto que a necessidade foi significativa e negativamente associada com a competência interpessoal, vinculação aos pares, número de amigos próximos e popularidade. Além disso, a necessidade diferencia as raparigas que se sentem isoladas socialmente daquelas que estão mais envolvidas em grupos de amigos. De notar que a necessidade e o contacto actuam de modos opostos nas raparigas. A necessidade pode perturbar ou inibir o funcionamento social, enquanto que o contacto pode contribuir para a capacidade das jovens adolescentes para criar relações, tecer e participar nas redes sociais e ganhar popularidade (Henrich et al., 2001). Estes efeitos opostos clarificam o porquê do factor interpessoal original ter produzido efeitos paradoxais quando o QED-A foi utilizado para estudar o comportamento interpessoal (Henrich et al., 2001). Relativamente às diferenças de género, os resultados sugerem que as raparigas podem ser mais vulneráveis a questões interpessoais do que os rapazes, especialmente no início da adolescência (Leadbeater et al., 1995). Comparativamente aos rapazes, as raparigas interagem mais com amigas do mesmo sexo, falam mais sobre si próprias e pensam mais sobre as suas relações, sendo, por isso, mais reactivas às questões interpessoais (Leadbeater et al., 1995). Já os rapazes, tipicamente desencorajam expressões de intimidade e de suporte emocional com pares do mesmo sexo.

Shahar, Henrich, Blatt, Ryan & Little (2003), com base nos resultados de uma amostra de 860 estudantes do 7º ao 9º ano de uma escola pública, situada em meio urbano, utilizando o QED-A, verificaram que a Eficácia, forma adaptativa de auto-definição, prevê a presença de mais eventos de vida positivos que o auto-criticismo, forma desadaptativa de auto-definição. Por outro lado, verificaram que estes efeitos são mediados pela ausência (no caso do auto-criticismo) ou presença (no caso da eficácia) de motivação autónoma (medida pelo *Self-Regulation Questionnaire* – SRQ).

Shahar, Gallagher, Blatt, Kuperminc & Leadbeater (2004a), através da realização de um estudo longitudinal (intervalo de 1 ano) com uma amostra de 449 jovens adolescentes (228 raparigas e 221 rapazes), entre os 11 e os 14 anos, a frequentar o 6º e o 7º ano de escolaridade verificaram que a Dependência e o Auto-criticismo interagem na previsão dos sintomas depressivos avaliados pelo BDI, bem como dos sintomas de internalização e externalização avaliados pelo YSR. A interacção entre a dependência e o auto-criticismo é moderada pela eficácia (no caso do BDI e dos problemas de internalização do YSR) e pelo sexo dos participantes (no caso dos sintomas de internalização e de externalização). A interacção entre Dependência e Auto-criticismo emerge na presença de baixos níveis de eficácia. No caso dos sintomas de internalização e externalização, essa interacção é encontrada apenas nos rapazes. Contudo, a eficácia não só exerce este efeito de “buffer” (amortecimento), no caso dos sintomas depressivos e dos problemas de internalização, como prevê a diminuição dos sintomas de externalização, em condições de baixo Auto-criticismo. Entre os rapazes, a dependência e o auto-criticismo interagem para prever sintomas de externalização de modos opostos. O valor elevado numa das variáveis e a força da outra prevêem um aumento dos sintomas de externalização, ao mesmo tempo que um valor baixo numa das variáveis e a força da outra prevê a diminuição desses sintomas (Shahar et al., 2004a). Assim, estes resultados sugerem a existência de dois padrões distintos de personalidade, subjacentes aos sintomas de externalização. No primeiro padrão, níveis elevados de dependência e de auto-criticismo operam sinergicamente para produzir sintomas de externalização, semelhante à tendência para produzir sintomas depressivos elevados (acompanhados de baixa eficácia) e sintomas de internalização (acompanhados de baixa eficácia ou entre rapazes). No segundo padrão, interacção entre baixos níveis de auto-criticismo e baixos níveis de dependência (entre rapazes) ou eficácia (na amostra total) aparecem para produzir sintomas de externalização (Shahar et al., 2004a). Assim, de acordo com este estudo, a dependência e o auto-criticismo e, nalguns casos, a eficácia, operam sinergicamente para prever a vulnerabilidade dos adolescentes a sintomas depressivos, internalização e externalização (Shahar et al., 2004a).

Por outro lado, Shahar, Blatt, Zuroff, Kuperminc & Leabeater (2004b), através de um estudo longitudinal e usando uma amostra de 460 adolescentes (230 raparigas e 230 rapazes), do 6º e 7º ano de escolaridade de uma escola pública, e com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, relataram, com base nas respostas ao QED-A e ao BDI, que os sintomas depressivos e o auto-criticismo mantêm uma relação recíproca entre si, a qual é moderada pelo sexo. O auto-criticismo mostrou ser um

poderoso factor de vulnerabilidade, entre as jovens adolescentes, influenciando não só os sintomas depressivos mas sendo, também, influenciado por estes. No entanto, esta relação não foi encontrada entre os adolescentes rapazes. Neste estudo, a dependência não previu os sintomas depressivos ao longo do tempo em ambos os sexos, o que é consistente com os diversos estudos que foram realizados com o QED e o QED-A, que demonstraram que o factor de dependência do QED-A inclui itens que se relacionam com a dependência imatura, bem como com a dependência madura (formas adaptativas de relacionamento) (Blatt et al., 1996; Henrich et al., 2001; Rude & Burnham, 1995). Nestes estudos, a subescala de dependência correlaciona-se mais fortemente do que a de relacionamento com a depressão e as medidas de psicopatologia (Blatt et al., 1996), enquanto que o relacionamento se correlaciona com medidas de bem estar (Blatt et al., 1996) e competência interpessoal (Henrich et al., 2001).

Também em 2004, Zalsman et al. realizaram uma investigação com 42 pacientes adolescentes (25 pacientes com esquizofrenia e 17 com perturbação da personalidade) com o objectivo de perceber se existia alguma relação entre acontecimentos de vida (situações psicossociais) e tipos de depressão avaliados pelo QED-A. Concluíram que nos pacientes com esquizofrenia, as situações psicossociais estavam relacionadas com a depressão anaclítica, enquanto que nos sujeitos com perturbação da personalidade, estas situações estavam correlacionadas com a depressão introjectiva.

Shahar, Henrich, Winokur, Blatt & Kuperminc (2006) utilizando uma amostra de 499 estudantes do 6º e 7º ano de escolaridade de uma escola pública, concluíram que o auto-criticismo, medido pelo QED-A, e a sintomatologia depressiva nos adolescentes interagem para prever um decréscimo da média escolar ao longo do tempo (1 ano). Esta interacção foi predominantemente visível nos rapazes. Nestes, os efeitos adversos da sintomatologia depressiva na média escolar só estão presentes se existirem altos níveis de auto-criticismo. Já nas raparigas, o auto-criticismo parece funcionar de modo diferente, como um “amortecedor” na presença de sintomas depressivos.

Mais recentemente, Klomek et al. (2008) efectuaram um estudo com 96 adolescentes israelitas (32 pacientes com tendências suicidas, 32 pacientes sem essas tendências e 32 sujeitos saudáveis), com vista a estudar as relações entre as tendências suicidas e a depressão anaclítica e introjectiva nos adolescentes. Verificaram que os pacientes com tendências suicidas obtiveram resultados significativamente mais altos nas escalas de Dependência e de Auto-criticismo do

QED-A, comparativamente com os pacientes sem tendências suicidas e com os sujeitos saudáveis.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **Capítulo 6. Objectivos e Hipóteses de Investigação**

O objectivo da presente investigação é proceder à adaptação para a população portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) de Blatt, Shaffer, Bers e Quinlan (1992). A importância desta adaptação tem a ver com o facto de fazer sentido dispor de um instrumento de avaliação da personalidade que avalie a dependência e o auto-criticismo, enquanto experiências depressivas, ou as dimensões anaclítica e introjectivas da personalidade, mais globalmente, nos adolescentes, dado o papel central que estas dimensões têm na depressão em particular e na psicopatologia em geral.

Como se disse anteriormente, a distinção entre duas configurações da personalidade e da psicopatologia é importante não apenas para a avaliação e estudo da depressão em particular e da psicopatologia em geral, mas também para o estudo e planeamento do processo terapêutico, na medida em que pacientes, não necessariamente deprimidos, excessivamente preocupados com questões de relacionamento (anaclíticos) e pacientes excessivamente preocupados com questões de auto-definição (introjectivos) mudam de forma diferente e respondem de modos distintos aos vários tipos de tratamento (Blatt, 1990, 1995, 2008; Blatt & Blass, 1992, 1996).

O instrumento não avalia a sintomatologia depressiva, mas antes as experiências subjectivas internas, experiências psíquicas dos sujeitos que, embora possam não estar clinicamente deprimidos, poderão estar predispostos a vivenciar estados depressivos, o que é certamente relevante para a prática clínica. Do ponto de vista intrapsíquico, poderão não existir diferenças substanciais entre o indivíduo deprimido e vulnerável à depressão, já que as suas vivências internas poderão ser qualitativamente semelhantes (Campos, 2009a, 2009b). Segundo Blatt et al. (1982), a diferença entre populações clínicas e não clínicas no que diz respeito à depressão está relacionada não com questões qualitativas, mas com uma questão de intensidade, ou seja, quanto mais intensa for a vivência de experiências depressivas de dependência, de auto-criticismo ou de ambas, mais necessária será a intervenção terapêutica sobre a estrutura da personalidade. Assim, a compreensão da estrutura de personalidade que está subjacente à depressão, do funcionamento psíquico típico e das experiências internas é fundamental para uma conceptualização correcta e o mais

completa possível do fenómeno depressivo (Blatt et al., 1976; Campos, 2009a) e da psicopatologia mais em geral (Blatt, 2008).

Embora exista um instrumento de avaliação destas duas dimensões para adultos (Blatt et al., 1976; 1979a) adaptado para a população portuguesa por Campos (2000a, 2009b), o Questionário de Experiências Depressivas (QED), não existe uma adaptação para a população portuguesa da forma para adolescentes, de modo a poder avaliar estas dimensões na faixa etária em causa.

O processo de adaptação da prova foi realizado ao longo de diversas fases: tradução e avaliação da tradução, retroversão e sua avaliação e aplicação experimental. Após este processo, a versão experimental do QED-A foi aplicada a uma amostra de 346 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade. Relativamente ao processo de tradução, foram seguidos os procedimentos habituais, descritos na literatura, com o objectivo de que a versão portuguesa se tornasse, o mais possível, linguística e psicometricamente equivalente à versão original. Na tradução para a língua portuguesa que efectuámos, em conjunto com o orientador deste trabalho, manteve-se o formato dos itens e das instruções como sugerem Spielberger & Sharma (1976). Tentou traduzir-se os itens da forma mais directa possível, mas sempre que não foi possível a tradução literal, tentou manter-se o sentido essencial do item original (Moreira, 2004). Quando se tratava de expressões idiomáticas, fez-se um esforço para captar o sentido da expressão original (Spielberger & Sharma, 1976), traduzindo-as por uma expressão na língua portuguesa que tivesse o mesmo significado ou semelhante. As orientações de Van de Vijver e Hambleton (1996) foram seguidas, nomeadamente que “o processo de tradução/adaptação tenha em conta as diferenças linguísticas e culturais das populações para as quais se destinam as versões traduzidas e adaptadas dos instrumentos”. Os itens foram, assim, traduzidos numa linguagem que pudesse ser bem entendida pela população a que se destina, privilegiando, nalguns casos, este aspecto em detrimento da tradução literal. É de salientar que, na adaptação do QED-A, o processo de tradução teve em conta a versão portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas para Adultos (QED), uma vez que 23 dos 66 itens são exactamente iguais nos dois questionários. Nestes casos, manteve-se o item como aparece na adaptação portuguesa da versão para adultos.

Seguidamente, a tradução preliminar foi avaliada por um grupo de três especialistas na área e na língua original do questionário, como sugere Moreira (2004). A estes três especialistas, Professora Doutora Rosa Novo, Professor Doutor Bruno Gonçalves e Professora Doutora Isabel Mesquita, foi enviada uma cópia do

questionário original e uma cópia da versão traduzida. Pediu-se a estes avaliadores que quando considerassem incorrecta a tradução de um item, propusessem uma forma alternativa. Este procedimento de avaliação da tradução de um instrumento é sugerido também por Spielberger & Sharma (1976), que aconselham que esta seja feita por especialistas na matéria e na língua do instrumento original. Por outro lado, Van de Vijver e Hambleton (1996) chamam à atenção para a necessidade de participação de várias pessoas especialistas no assunto e na língua no processo de tradução, principalmente quando os itens são de difícil tradução. A utilização deste procedimento pode fazer com que a qualidade da tradução final seja qualitativamente superior. Na sequência do processo de avaliação da tradução, algumas alterações foram realizadas nalguns dos itens, em conjunto pela mestrande e pelo orientador. Nos casos em que não houve acordo quanto à melhor forma de redigir os itens, foram redigidas formas alternativas. Este procedimento também é sugerido por Spielberger & Sharma (1976), quando há desacordo entre tradutores.

Posteriormente, procedeu-se à retroversão da prova, outra técnica usada para avaliar a adequação da tradução de um teste psicológico (Van de Vijver & Hambleton, 1996; Spielberger & Sharma 1976; Moreira, 2004), a qual permite uma comparação com a versão original. Deste modo, pedimos a duas tradutoras de inglês para proceder à retroversão da versão experimental para a língua inglesa, sem ter acesso à versão original. Assim, cerca de 75 itens foram submetidos a retroversão (os 66 itens e as 9 formas alternativas, que também foram incluídas). Visto que a redacção de alguns itens na versão original era complexa, bem como o facto de, nalguns casos, não se ter privilegiado a tradução literal, resultou que a semelhança entre a retroversão e o original não fosse absoluta, mas, no entanto foi muito significativa. Isto aconteceu nas duas retroversões. Apesar disso, não foram modificados itens na sequência das retroversões dado que a semelhança entre estas e o original era grande e o sentido dos itens não foi perdido em nenhuma das retroversões. Das alternativas dos itens em que não tinha havido acordo quanto à melhor forma de serem redigidos, aquando da tradução, foram escolhidos aqueles em que a sua retroversão se aproximara mais do original. Como sugerido por Moreira (2004), as duas retroversões foram enviadas ao autor principal do QED-A, Sidney Blatt, o qual teve a gentileza de fazer uma apreciação dos dois documentos. A sua apreciação global foi muito positiva, não sugerindo nenhuma alteração. Ajudou também a decidir no caso dos itens que tinham duas alternativas, qual era a mais adequada. Posteriormente, foram modificados alguns aspectos ao nível da ortografia, pontuação ou uma ou outra construção frásica.

Após este processo, e seguindo novamente a sugestão de Moreira (2004), foi realizada uma aplicação experimental do teste. Este tipo de estudo-piloto pode ser útil



na detecção de algum item menos compreensível, ou seja, pode ser importante para averiguar se o conteúdo dos itens é familiar na população à qual se destina o instrumento (Van de Vijver & Hambleton, 1996). Este tipo de aplicação poderá ser útil para “sentir” o instrumento na prática, para perceber como os indivíduos encaram o questionário (Campos, 2000a). Aplicámos o questionário a 21 alunos do 9º ano de escolaridade da Escola André de Gouveia, na cidade de Évora, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, no final de uma aula. Como os alunos eram menores de idade, enviou-se um documento de consentimento informado aos pais para que pudessem autorizar a participação dos seus educandos no estudo. Após agradecer a participação, que era voluntária, pediu-se aos alunos que lessem as instruções e que, se surgisse alguma dúvida na compreensão do conteúdo de algum item, não hesitassem em chamar a mestrandia. Esta ideia foi salientada referindo que era uma aplicação experimental e que seria importante para a autora perceber quais os itens que poderiam suscitar mais dúvidas ou dificuldades na compreensão. Apenas um item foi questionado, o que abona em favor da compreensibilidade dos itens da versão portuguesa. Aparentemente, o QED-A não levantava dúvidas e o conteúdo dos itens parecia ser familiar para a população adolescente. Este tipo de aplicação é muito útil e faz poupar muito tempo e trabalho ao investigador, na medida em que se qualquer item não é compreendido por diversos sujeitos, ou um outro qualquer aspecto do questionário parece não estar a funcionar como deveria, como as instruções por exemplo, poderão fazer-se as necessárias alterações (Campos, 2000a; 2009b). Contudo, só esta aplicação não é suficiente, são sempre necessários estudos de precisão para a complementar, com vista a nos certificarmos que os itens estão a medir consistentemente aquilo que pretendem medir.

Após esta aplicação iniciou-se a recolha de dados e o estudo de validação, o QED-A que foi aplicado, juntamente com a versão portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999) do *Children Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 1992) e a versão portuguesa (Fonseca & Monteiro, 1999) do *Youth Self-Report* (YSR) (Achenbach, 1991) a uma amostra extensa de adolescentes, dos 14 aos 18 anos de idade, com a finalidade de estudar a precisão, a estrutura factorial e a validade da prova na população portuguesa de adolescentes.

Em primeiro lugar, espera-se que a estrutura factorial da versão portuguesa do QED-A seja semelhante à estrutura factorial da forma original (Blatt et al., 1992) e que os três factores ortogonais: dependência, auto-criticismo e eficácia, expliquem uma percentagem de variância idêntica à da forma original. Além disso, espera-se, no que

respeita à consistência interna do questionário, que os coeficientes de *alpha* de Cronbach apresentem valores semelhantes aos da versão original (Blatt et al., 1992).

No que diz respeito às correlações entre os três factores do QED-A, espera-se que estas sejam baixas, mostrando que as escalas são relativamente independentes entre si (Blatt et al., 1976; Zuroff et al., 1990a; Franche & Dobson, 1992; Campos, 2000a, 2009b; Yao et al., 2009). No entanto, uma correlação moderada entre a dependência e o auto-criticismo é esperada já que, segundo Blatt et al. (1976), estas dimensões podem, em alguns casos, co-existir no mesmo indivíduo, sob uma forma de depressão que inclua traços da dimensão anaclítica e da dimensão introjectiva. Por outro lado, e tendo em conta a especificidade da nossa amostra, espera-se alguma relação entre a dependência e o auto-criticismo nesta faixa etária, na medida em que Blatt et al. (1992), Blatt et al. (1993) e Kuperminc et al. (1997) verificaram que alguns dos itens tendem a saturar em ambos os factores, sugerindo que estas duas dimensões poderão ser menos diferenciadas na adolescência, em comparação com o que acontece com os universitários e os adultos. Assim, existe a hipótese de que a dimensão da dependência e a dimensão do auto-criticismo se vão tornando mais diferenciadas a partir do início da adolescência até ao início da idade adulta.

Para mais, espera-se que tanto a dependência, como o auto-criticismo apresentem correlações positivas com as medidas de depressão utilizadas (Blatt et al., 1992; Atger et al., 2003), neste caso, o CDI. No entanto, espera-se que o factor de auto-criticismo apresente correlações mais elevadas com as medidas de depressão, que o factor de dependência (Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Blatt et al., 1992; Smith et al., 1988; Zuroff et al., 1990b; Overholser, 1992; Furh & Shean, 1992; Ouimette & Klein, 1993; Robins et al., 1994; Frank et al., 1997; Campos, 2000a, 2009b; Luyten et al., 2007; Yao et al., 2009). O factor de dependência parece medir uma dimensão da depressão que é, de certa forma, negligenciada pelos principais métodos de avaliação da depressão (Blatt, 1990; Blatt et al. 1976; Blatt & Homann, 1992), que tendem a estar mais aptos a medir a dimensão de auto-criticismo (Blatt & Zuroff, 1992), como por exemplo o BDI e a Escala de Depressão de Zung. Como foi referido na parte teórica deste estudo, poderá ser que a fraca associação entre dependência e depressão se relacione, ao mesmo tempo, com o facto da grande maioria das medidas de depressão possuir muitos itens que reflectem sintomas de auto-criticismo da depressão-estado, não sendo boas medidas de sintomas da depressão-estado de dependência (Smith et al., 1988) e que este tipo de instrumentos seja uma medida mais adequada da sintomatologia depressiva que é mais proeminente para o auto-criticismo. Esta situação também pode ocorrer devido ao facto dos itens que medem verdadeiramente a dependência, no QED e no QED-A,

enquanto factor patológico se encontrarem misturados com itens que medem um modo mais evoluído de relacionamento interpessoal (Blatt et al., 1995). Relativamente à eficácia, espera-se que não apresente correlações significativas com o resultado no CDI (Blatt et al., 1992; Campos, 2000a, 2009b; Yao et al., 2009).

Espera encontrar-se correlações significativas entre a escalas de dependência e auto-criticismo do QED-A com os problemas de internalização e externalização avaliados pelo YSR. Segundo Leadbeater et al. (1995), a presença de sintomas depressivos e problemas de internalização é mais frequente nas raparigas, enquanto que a presença de sintomas depressivos e problemas de externalização é mais frequente nos rapazes. As raparigas são, geralmente, mais vulneráveis às questões interpessoais que os rapazes, no entanto, no que se refere à vulnerabilidade para o auto-criticismo, as raparigas e os rapazes serão igualmente vulneráveis. Tal como aconteceu no estudo de Kuperminc et al. (1997), esperamos encontrar correlações significativas entre a escala de dependência e os Problemas de Internalização, nas duas sub-amostras, mas principalmente na sub-amostra de raparigas (Leadbeater et al., 1995). Relativamente à escala de auto-criticismo, esperamos encontrar correlações significativas entre esta e os Problemas de Internalização e de Externalização do YSR, em ambas as sub-amostras (Kuperminc et al., 1997).

Por último, espera-se que as raparigas apresentem valores na escala de dependência significativamente mais elevados que os rapazes (Chevron et al., 1978; Overholser, 1992; Zuroff et al., 1990a; Blatt et al., 1992; Leadbeater et al., 1995; Luthar & Blatt, 1993; Campos, 2000a, 2009b; Atger et al., 2003). No caso do auto-criticismo, nalguns estudos, os sujeitos do sexo masculino apresentaram resultados significativamente superiores nesta escala relativamente aos indivíduos do sexo feminino (Chevron et al. 1978; Zuroff et al., 1990a; Blatt et al., 1992). Porém, noutros estudos, não se verificaram diferenças significativas entre sexos, no entanto, os rapazes obtiveram resultados um pouco mais elevados que as raparigas nesta escala (Overholser, 1992; Leadbeater et al., 1995; Luthar & Blatt, 1993; Campos, 2000a, 2009b). Assim, neste estudo, espera-se que não existam diferenças significativas entre sexos no auto-criticismo ou que os rapazes apresentem valores mais elevados que as raparigas. Relativamente à escala de eficácia, espera-se que não existam diferenças significativas entre rapazes e raparigas nesta escala (Campos, 2000b, 2009a).

## Capítulo 7. Metodologia

### 7.1. Participantes

Participou, neste estudo, uma amostra de 346 adolescentes, 171 raparigas (49,4%) e 175 rapazes (50,6%) do 9º ao 12º ano de escolaridade de duas escolas secundárias, uma do distrito de Évora e outra de Setúbal, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade ( $M= 16.14$ ,  $SD = 1.19$ ) e de nível sócioeconómico médio-baixo. A escolha das escolas e das turmas foi feita apenas por conveniência da mestranda. Na tabela 1, apresenta-se a caracterização da amostra, em termos de variáveis socio-demográficas.

**Tabela 1:** Variáveis sócio-demográficas da amostra.

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média DP</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	175	50,6%	
	Feminino	171	49,4%	
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	329	95,1%	
	Outras Nacionalidades	12	4,9%	
<b>Idade</b>	14	33	9,5%	
	15	80	23,1%	
	16	85	24,6%	16,14
	17	102	29,5%	(1,19)
	18	46	13,3%	
<b>Escolaridade</b>	9º	96	27,7%	
	10º	123	35,5%	10
	11º	60	17,3%	(1,07)
	12º	67	19,4%	

<b>Escola</b>	Évora	56	16,2%
	Setúbal	290	83,8%
<b>Escolaridade da Mãe</b>	Ens. Básico	161	50,3%
	Ens. Secundário	112	35%
	Bacharelato	2	0,6%
	Licenciatura	37	11,6%
	Mestrado	6	1,9%
	Doutoramento	2	0,6%
<b>Escolaridade do Pai</b>	Ens. Básico	200	64,5%
	Ens. Secundário	83	26,8%
	Bacharelato	2	0,6%
	Licenciatura	23	7,4%
	Mestrado	2	0,6%

## 7.2. Instrumentos de Medida

Nesta investigação foram utilizados três instrumentos de medida: a forma experimental do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A), a versão portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999) do *Inventário de Depressão para Crianças* (CDI) (Kovacs, 1992) e a versão portuguesa (Fonseca & Monteiro, 1999) do *Inventário de Problemas de Comportamento para Crianças e Adolescentes* (Youth Self-Report de Achenbach - YSR) (Achenbach, 1991), como já referimos anteriormente.

O Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) (veja-se anexo I) é baseado na versão para adultos do Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt et al., 1976). Quarenta e três dos 66 itens do QED foram rephraseados e simplificados para se tornarem apropriados para os adolescentes dos 12 aos 18 anos de idade. A análise factorial realizada, na versão original, permitiu identificar a existência de três factores ortogonais: Dependência, Auto-criticismo e

Eficácia. O factor de «*Dependência*» relaciona-se com a necessidade de obter e manter relações interpessoais próximas, de cuidado e de protecção. O factor de «*Auto-criticismo*» diz respeito à tendência para a criação de padrões demasiado elevados e manutenção de uma postura crítica consigo mesmo quando esses padrões não são alcançados. Por último, o factor de «*Eficácia*» reflecte sentimentos de competência, confiança e de força interior. As respostas aos itens deste questionário são dadas numa escala tipo Likert de 7 pontos, que varia entre 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Na versão original, o questionário apresenta valores de *alpha* de Cronbach de 0.90, 0.82 e 0.79 para o factor de Dependência, de Auto-criticismo e de Eficácia, respectivamente, o que significa que possui uma boa consistência interna. Vários trabalhos deram contribuições importantes para a investigação da validade, nomeadamente da validade do constructo, do QED-A e, ao mesmo tempo, da própria conceptualização de Blatt (Blatt et al., 1992, 1993, 1996; Luthar & Blatt, 1993; Frank et al., 1997; Leadbeater et al., 1995; Kuperminc et al., 1997; Henrich et al., 2001; Shahar et al., 2003, 2004a, 2004b, 2006).

O Inventário de Depressão para Crianças (*Children Depression Inventory - CDI*) (veja-se anexo II) desenvolvido por Kovacs (1992) é um questionário de auto-relato com 27 itens, para utilização com crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos. Foi desenvolvido para responder à necessidade de dispor de questionários de sintomas depressivos específicos para populações infantis. Este instrumento quantifica um leque de sintomas depressivos, incluindo o humor perturbado, a incapacidade de sentir prazer, as funções vegetativas, a auto-avaliação negativa e os comportamentos interpessoais disfuncionais. Cada item é constituído por três verbalizações alternativas, classificadas com um valor de 0, 1 e 2. Os valores mais elevados traduzem uma maior gravidade dos sintomas (Dias & Gonçalves, 1999). O resultado total calcula-se através da soma dos valores obtidos em cada questão. Na sua versão original, o questionário apresenta uma consistência interna de .80 e os coeficientes das escalas que o compõem variam de .59 a .68 (Frick, Barry & Kamphaus, 2009). Na adaptação que foi realizada para a população portuguesa por Dias e Gonçalves (1999) verificou-se a existência de um *alpha* de Cronbach de 0.80, ou seja, igual ao da versão original. Contudo, não foi possível comprovar a análise factorial encontrada por Kovacs (1992) em que se obtiveram 5 factores distintos, uma vez que mesmo forçada a análise factorial a 5 factores, os itens não se agruparam em factores interpretáveis.

O Inventário de Problemas de Comportamento para Crianças e Adolescentes (*Youth Self-Report de Achenbach - YSR*) (veja-se anexo III) é um questionário de

auto-relato constituído por 112 itens que avaliam um grande conjunto de problemas de comportamento na adolescência. As respostas são dadas numa escala de 3 pontos (Achenbach, 1991). Este é aplicável a crianças e adolescentes dos 11 aos 18 anos de idade. Na versão original, é constituído pelas seguintes oito escalas: Comportamento Agressivo, Delinquência, Ansiedade/Depressão, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Queixas Somáticas, Isolamento e Problemas Sociais, as quais podem ser agrupadas em duas grandes síndromas: Problemas de Internalização e Problemas de Externalização. A primeira engloba as escalas de Ansiedade/Depressão, Isolamento e Queixas Somáticas, na segunda, situam-se as escalas de Comportamentos Agressivos e Delinquência (Achenbach, 1991). Relativamente às características psicométricas, apresenta uma consistência interna ao nível das escalas que varia entre .71 e .89. (Achenbach, 1991; Sousa, 2006). No que se refere à adaptação para a população portuguesa, realizada por Fonseca e Monteiro (1999), a consistência interna é satisfatória, variando os valores de *alpha* de Cronbach entre .70 e .80. Consoante a escala, o número e a composição dos factores obtidos na população portuguesa é diferente dos obtidos na população americana. Na versão portuguesa, foram encontradas as seguintes 6 escalas: Comportamento Anti-Social, Problemas de Atenção/Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas do Pensamento. As escalas americanas de Problemas Sociais e Comportamentos Agressivos não tem correspondência directa com as escalas da versão portuguesa, assim como a escala de Isolamento, que apresenta correlações muito baixas com a escala americana. No que concerne às duas síndromas gerais (Internalização e Externalização), apesar destas serem interpretáveis na adaptação portuguesa, os itens que as compõem só em parte correspondem às duas síndromas obtidas na população americana (Fonseca & Monteiro, 1999). Na versão portuguesa, as escalas de Comportamento Anti-Social e Problemas de Atenção/Hiperactividade fazem parte dos Problemas Externalizados, o que não tem correspondência na versão americana, enquanto que as escalas de Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas e Isolamento correspondem aos Problemas Internalizados, tal como na versão americana original. Relativamente à fiabilidade teste-reteste (intervalo de tempo entre aplicações de 5 meses) esta situa-se no valor de .83 para o resultado total, valor que é sensivelmente superior ao referido por Achenbach. No entanto, quando se procede a uma análise escala a escala, os valores são muito variáveis, oscilando entre .28 para a escala de Queixas Somáticas e .89 para a escala de Comportamentos Anti-Sociais (Fonseca & Monteiro, 1999).

### 7.3. Procedimento

Em primeiro lugar foi realizado o contacto com as duas escolas (Escola Secundária D. João II – Setúbal e Escola André de Gouveia – Évora) com vista a obter o consentimento para a realização da investigação por parte dos Presidentes dos Conselhos Executivos e também o consentimento informado dos Encarregados de Educação dos alunos em causa. Os documentos de consentimento informado continham uma breve descrição do estudo, dos seus objectivos, indicando o que se pretendia e como se pretendia fazer, bem como os respectivos cuidados éticos e deontológicos que se teriam em conta, principalmente no que concerne à confidencialidade (estes documentos constam no anexo IV e V)

Após este contacto, e posterior autorização das escolas e dos Encarregados de Educação, a aplicação dos três questionários foi realizada em grupo, turma-a-turma, em contexto de sala de aula, num total de 17 turmas. Estas turmas eram compostas entre 10 a 30 alunos e, no decorrer das aplicações, foram eliminados 37 protocolos por terem sido considerados inválidos devido a inúmeras situações (aparente resposta ao acaso, idade superior à pretendida no estudo, recusas, muitos itens não respondidos, entre outras). Antes da aplicação dos mesmos, era efectuada uma breve explicação aos alunos acerca dos objectivos da investigação, bem como foram dadas as instruções de resposta necessárias. Foi ainda dito aos alunos que não eram obrigados a participar no estudo mas sim que a sua participação era voluntária, bem como que as suas respostas seriam confidenciais e analisadas globalmente e não de forma individual.

### 7.4. Metodologia de Análise dos Resultados

Após a recolha dos protocolos, os dados foram analisados através de metodologias de análise quantitativa, com a ajuda do programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17. Foram calculadas as médias e desvios-padrão dos resultados nos diversos instrumentos de avaliação. Foram comparados os dois sexos no que respeita aos resultados nas escalas do QED-A e foi testada a normalidade das distribuições de resultados nessas mesmas escalas. Procedeu-se à Análise em Componentes Principais, com rotação *varimax*, para conhecer a estrutura factorial da versão portuguesa e a compará-la com a estrutura factorial original. Foram calculados os valores de *alpha* de Cronbach para as três



escalas, com vista a estudar a consistência interna das escalas da versão portuguesa QED-A.

Foram calculadas as correlações das escalas do QED-A entre si e entre estas e outras medidas de depressão e psicopatologia, neste caso, o CDI e o YSR, com o objectivo de estudar a validade da versão portuguesa. Por último, com base na utilização do software Orthosim de P. Barrett, calculámos os valores de congruência da solução factorial da nossa amostra com a solução factorial da amostra de aferição original.

## Capítulo 8. Resultados

Este capítulo é composto por quatro seções. Na seção 8.1. são apresentados os dados relativos às médias e desvios nas diversas escalas. O teste de normalidade às escalas do QED-A e ainda a análise das diferenças existentes entre o sexo feminino e masculino nas escalas do QED-A. Na seção 8.2. são apresentados os resultados relativos à consistência interna da versão portuguesa do QED-A. Na seção 8.3. é apresentada a análise factorial realizada e o estudo da congruência entre a nossa solução e a solução da amostra original de aferição. Por último, na seção 8.4. são apresentados os resultados relativos à validade das escalas da versão portuguesa do QED-A, através das correlações entre si e das correlações obtidas com outras medidas de depressão e psicopatologia (YSR e CDI).

### 8.1. Estatística Descritiva, Distribuições de Resultados e Comparações de Géneros

Foram calculadas as médias e desvios-padrão dos resultados nas escalas do QED-A, nas escalas do YSR e no CDI, na amostra total, na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes. Estes resultados são apresentados na tabela 2. As médias e desvios-padrão dos 66 itens do QED-A encontram-se no Anexo VI.

Para testar a normalidade das distribuições de resultados no QED-A, usou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o teste de *Shapiro-Wilk*. As distribuições dos resultados nas três escalas do QED-A apresentam uma distribuição que não se desvia significativamente da curva normal, quer na sub-amostra das raparigas, quer na sub-amostra dos rapazes. No caso das raparigas, obtiveram-se resultados (KS = .059,  $p = .200$ ; SW = .985,  $p = .069$ ) para a escala de dependência, (KS = .039,  $p = .200$ ; SW = .992,  $p = .452$ ) para a escala de auto-criticismo e (KS = .055,  $p = .200$ ; SW = .992,  $p = .507$ ) para a escala de eficácia. No caso dos rapazes, para a escala de dependência (KS = .054,  $p = .200$ ; SW = .990,  $p = .265$ ), para a escala de auto-criticismo (KS = .037,  $p = .200$ ; SW = .995,  $p = .873$ ) e para a escala de eficácia (KS = .038,  $p = .200$ ; SW = .996,  $p = .920$ ). Estes resultados vão de encontro à ideia de que a Dependência e o Auto-criticismo podem ser considerados dois traços de personalidade que podem estar presentes em qualquer sujeito, esteja ele clinicamente deprimido ou não. Tipicamente os traços de personalidade apresentam distribuições normais.

Encontraram-se diferenças significativas entre os estudantes do sexo masculino e feminino no que diz respeito às médias para a escala de dependência ( $t = 5,43$ ,  $p = .000$ ), sendo que as raparigas ( $M = 0,42$ ;  $DP = 0,92$ ) apresentaram resultados médios significativamente superiores aos rapazes ( $M = -0,12$ ;  $DP = 0,92$ ), e para a escala de eficácia ( $t = -2,04$ ,  $p = 0,43$ ), onde os rapazes ( $M = -0,14$ ;  $DP = 0,87$ ) apresentaram resultados médios significativamente superiores às raparigas ( $M = -0,34$ ;  $DP = 0,93$ ). Verificaram-se diferenças, contudo não significativas, no que respeita à escala de auto-criticismo ( $t = -1,42$ ,  $p = .157$ ), apresentando os rapazes ( $M = -0,10$ ;  $DP = 0,86$ ) resultados médios mais elevados neste factor que as raparigas ( $M = -0,24$ ;  $DP = 1,00$ ).

**Tabela 2:** Médias e desvios-padrão dos resultados nas escalas do QED-A, do YSR e do resultado total do CDI na amostra total, na sub-amostra das raparigas e na sub-amostra dos rapazes.

	<b>Amostra total</b>	<b>Sub-amostra raparigas (n=171)</b>	<b>Sub-amostra rapazes (n=175)</b>
<b>QED-A Dependência</b>	M = 0,15 DP = 0,96	M = 0,42 DP = 0,92	M = -0,12 DP = 0,92
<b>QED-A Auto-criticismo</b>	M = -0,17 DP = 0,94	M = -0,24 DP = 1,00	M = -0,10 DP = 0,86
<b>QED-A Eficácia</b>	M = -0,24 DP = 0,91	M = -0,34 DP = 0,93	M = -0,14 DP = 0,87
<b>YSR Ansiedade/Depressão</b>	M = 3,69 DP = 3,55	M = 4,57 DP = 3,78	M = 2,81 DP = 3,08
<b>YSR Internalização</b>	M = 15,91 DP = 8,16	M = 18,61 DP = 8,21	M = 13,25 DP = 7,20
<b>YSR Externalização</b>	M = 13,78 DP = 6,92	M = 13,98 DP = 7,10	M = 13,57 DP = 6,76
<b>CDI</b>	M = 11,19 DP = 4,97	M = 12,31 DP = 4,96	M = 10,01 DP = 4,73

## 8.2. Consistência Interna

Calculámos o coeficiente de *alpha* de Cronbach para as três escalas do QED-A para a amostra total e para as duas sub-amostras de raparigas e rapazes, em separado (tabela 3). Os coeficientes *alpha* obtidos foram, respectivamente, .85 para Dependência, .68 para Auto-criticismo e .71 para Eficácia, na amostra total. No caso das raparigas, os valores de *alpha* de Cronbach foram, respectivamente, .84, .72 e .71 para a Dependência, Auto-criticismo e Eficácia. No que diz respeito aos rapazes, foram de .84 para a Dependência, .63 para o Auto-criticismo e .71 para a Eficácia.

Estes resultados são satisfatórios, no entanto, um pouco inferiores aos obtidos por Blatt et al. (1992). No caso do auto-criticismo, os resultados ficam mesmo um pouco aquém do que seria desejável, apresentando um valor inferior a .70, sendo no entanto superiores a .60.

**Tabela 3:** Valores de *alpha* de Cronbach para as três escalas do QED-A na amostra total, na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes.

	<b>Dependência</b>	<b>Auto-Criticismo</b>	<b>Eficácia</b>
<b>Amostra Total</b>	.85	.68	.71
<b>Raparigas</b>	.84	.72	.71
<b>Rapazes</b>	.84	.63	.71

## 8.3. Análise Factorial

Para estudar a estrutura factorial do instrumento, realizou-se uma análise em componentes principais, usando desta forma, o mesmo procedimento de Blatt et al. (1992). Como existia um número semelhante de raparigas e rapazes, a análise factorial foi realizada com a amostra total ( $n = 346$ ). Forçou-se a extracção de três factores de modo a manter a possibilidade de comparação com os estudos publicados na literatura onde sistematicamente se consideram três escalas: dependência, auto-criticismo e eficácia. Os valores próprios são de 10,81, 4,41 e 3. De seguida, procedeu-se à rotação varimax dos factores. A saturação de cada item nos três factores encontra-se na Tabela 4. Após a rotação, o primeiro factor explica 13,22% do total da variância, o segundo explica 8,11% da variância e o terceiro 6,27%, o que prefaz um total de 27,6% da variância. No estudo original (Blatt et al., 1992), o primeiro factor explicava 9,94% da variância, o segundo 5,21% e o terceiro 4,80%, sendo 19,95% o total da variância. Na solução factorial obtida por Blatt, o factor I

foi designado de “Dependência”, o II de “Auto-criticismo” e o III de “Eficácia”. Na presente solução, o factor I, que explica a maior percentagem de variância, é o de Auto-criticismo se tivermos em conta os itens que saturam nesse factor e o factor II, o de Dependência, mantendo-se o factor III, o de Eficácia.

Através da utilização do software Orthosim de P. Barrett, comparámos a solução factorial obtida no estudo de aferição com a amostra de adolescentes americanos com a solução factorial obtida no nosso estudo. Verificámos que o coeficiente globalde congruência entre as duas soluções foi de 0,87. A *Overall Solution Doubled-Scaled Euclidean Similarity* foi de .93 e a *Overall Solution Kernel Distance Smoothed Similarity* foi de .92. Estes resultados sugerem semelhança entre a nossa solução e a solução factorial obtida por Blatt et al. Ten Berge (1986) recomenda valores acima de .85 como indicadores de similaridade e Barrett (1986) sugere valores mínimos de congruência de .80 para que se possa considerar a existência de similaridade aceitável, indicando, quanto mais altos os valores, maior similaridade conceptual.

Após um estudo aprofundado da saturação dos itens em cada factor, pôde constatar-se que os itens que compõem cada um deles são realmente bastante semelhantes, na versão americana e na versão portuguesa (Blatt et al., 1992). Assim sendo, esta apreciação qualitativa e quantitativa, ajuda a corroborar a equivalência entre a versão portuguesa e a versão americana do QED.

**Tabela 4:** Análise em Componentes Principais do QED-A: Saturação dos Itens em cada factor, após rotação *varimax*.

Item	Factor I	Factor II	Factor III
1	.025	.099	.484
2	.105	.453	.036
3	-.058	-.006	.217
4	.413	.242	-.047
5	-.016	-.050	.096
6	.338	.132	.323
7	.421	.232	-.086
8	-.178	-.063	.507
9	.265	.326	.009
10	.600	.182	-.039

<b>Item</b>	<b>Factor I</b>	<b>Factor II</b>	<b>Factor III</b>
11	.548	.209	-.285
12	-.037	-.224	.202
13	.528	-.008	-.242
14	.137	-.178	.476
15	.272	.261	.290
16	.572	.207	-.330
17	.552	-.043	-.056
18	.356	.267	.231
19	.345	.260	-.018
20	.107	.565	.096
21	-.066	.160	.415
22	.298	.294	-.042
23	.370	.350	.095
24	.336	.203	.414
25	.610	.006	-.186
26	.492	.403	.028
27	.439	-.085	.185
28	.424	.194	.047
29	.082	.304	.276
30	.690	.072	-.247
31	-.042	.256	.221
32	.147	.554	.218
33	-.134	.121	.629
34	.190	.327	.157
35	.569	-.104	-.085
36	.438	.324	-.086
37	.592	.357	-.129
38	.010	-.379	.367
39	.106	.178	.254
40	.177	.457	.136
41	.610	.297	-.054
42	-.007	.043	.304
43	.643	.209	-.248
44	.531	.058	-.071
45	.168	.639	-.109

Item	Factor I	Factor II	Factor III
46	.319	.321	.004
47	.221	-.242	.142
48	-.215	-.343	.404
49	.007	.383	.027
50	.230	.674	-.099
51	.539	-.006	.105
52	.314	.455	.017
53	.441	.041	.035
54	-.015	.164	.025
55	.417	.421	-.135
56	.534	.020	.238
57	.241	-.411	-.079
58	.462	-.120	.030
59	.411	.102	.291
60	.142	.139	.540
61	-.244	.163	.332
62	-.271	-.035	.669
63	.339	.296	.243
64	.472	.231	.055
65	-.012	-.425	-.011
66	.321	.243	.138

<b>Valores Próprios</b>	10,81	4,41	3
<b>Percentagem de Variância Explicada</b>	13,22%	8,11%	6,27%

#### 8.4. Validade

Para estudar a validade das escalas do QED-A, calcularam-se as correlações dessas escalas entre si e entre cada uma delas e os resultados no YSR e no CDI, na

sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes. A tabela 5 apresenta os resultados dessas correlações.

Os resultados das correlações entre as escalas de dependência e auto-criticismo, nas duas sub-amostras, sugerem uma independência dos dois constructos, já que foram encontradas correlações negativas entre estas. A escala de Eficácia apresentou correlações significativas com a Dependência nas duas sub-amostras e correlações não significativas com o Auto-criticismo, quer nas raparigas, quer nos rapazes.

Relativamente às correlações com as síndromas avaliadas pelo YSR, na sub-amostra de raparigas, a Dependência apresentou uma correlação significativa com os Problemas de Internalização e uma correlação não significativa com os Problemas de Externalização. Já nos rapazes, o factor de Dependência correlacionou-se significativamente com os Problemas de Internalização e Externalização, apesar da correlação com os Problemas de Internalização ser mais elevada. Relativamente ao Auto-criticismo, nas duas sub-amostras, este apresentou correlações significativas quer com os Problemas de Internalização, quer com os de Externalização, mas mais elevadas com os Problemas de Internalização. No que diz respeito à Eficácia, nas raparigas, esta apresentou correlações significativas com os Problemas de Externalização.

Verificou-se também que a sub-escala de Ansiedade/Depressão do YSR apresentou correlações significativas com as escalas de Dependência e de Auto-criticismo, nas duas sub-amostras, no entanto, estas correlações foram mais elevadas para o Auto-criticismo. A Eficácia, por sua vez, não apresentou correlações significativas com esta sub-escala.

Por outro lado, a Dependência e o Auto-criticismo apresentaram correlações significativas com o resultado do CDI, na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes. O factor de Auto-criticismo apresenta correlações mais elevadas com o CDI do que o factor de Dependência. A eficácia, por sua vez, apresenta correlações não significativas com o CDI na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes.



**Tabela 5:** Correlações das escalas do QED-A entre si e das escalas do QED-A com os resultados do YSR e do CDI, na sub-amostra das raparigas (acima da diagonal) e na sub-amostra de rapazes (abaixo da diagonal).

	<b>D</b>	<b>AC</b>	<b>EFF</b>	<b>AD</b>	<b>PI</b>	<b>PE</b>	<b>CDI</b>
<b>D</b>		-.118	.271**	.381**	.380**	.050	.215**
<b>AC</b>	-.061		.142	.590**	.545**	.290**	.626**
<b>EFF</b>	.361**	-.010		.146	.197*	.287**	.067
<b>AD</b>	.324**	.488**	.041		.871**	.426**	.689**
<b>PI</b>	.438**	.385**	.172*	.873**		.577**	.681**
<b>PE</b>	.270**	.230**	.181*	.458**	.552**		.313**
<b>CDI</b>	.377**	.514**	-.021	.586**	.579**	.247**	

D = Dependência

PI – Problemas Internalizados

AC = Auto-criticismo

PE – Problemas Externalizados

EFF = Eficácia

AD – Ansiedade/Depressão

\*p<.05. \*\*<.01, two.tailed

## Capítulo 9. Discussão

Este trabalho teve como objectivo adaptar para a população portuguesa o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) de Blatt, Shaffer, Bers e Quinlan (1992). Com vista a estudar as propriedades psicométricas da prova, foi calculada a estrutura factorial da mesma, a consistência interna e estudada a validade das escalas que compõem o instrumento, através da obtenção da correlação destas entre si, bem como entre estas e os resultados obtidos noutras medidas de depressão e psicopatologia (neste caso, o YSR e o CDI) numa amostra de 346 adolescentes (175 raparigas e 171 rapazes), com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade, a frequentar o ensino básico e secundário. Foi também testada a normalidade das distribuições de resultados nas escalas do QED-A, constatando-se que as escalas apresentam uma distribuição normal. Este resultado era esperado, já que a Dependência e o Auto-criticismo se podem considerar como sendo dois traços de personalidade que podem estar presentes em qualquer sujeito, esteja ele clinicamente deprimido ou não. Este resultado apoia também a ideia de que existe um contínuo entre o funcionamento depressivo patológico e a personalidade dita normal.

Foram encontradas diferenças entre sexos no que se refere a duas das três escalas do QED-A. Relativamente à escala de dependência, os resultados são consonantes com os apresentados na literatura utilizando o QED e o QED-A, onde os sujeitos do sexo masculino obtêm resultados médios significativamente inferiores às raparigas (Chevron et al., 1978; Overholser, 1992; Zuroff et al., 1990a; Blatt et al., 1992; Leadbeater et al., 1995; Luthar & Blatt, 1993; Campos, 2000a, 2009b; Atger et al., 2003). No que diz respeito à escala de auto-criticismo, os resultados também estão de acordo com alguns dos estudos existentes (Overholser, 1992; Leadbeater et al., 1995; Luthar & Blatt, 1993; Campos, 2000a, 2009b), nos quais os sujeitos do sexo masculino obtêm resultados mais elevados nesta escala que as raparigas, mas esta diferença não é significativa. Noutros estudos, os indivíduos do sexo masculino apresentaram resultados significativamente superiores no auto-criticismo relativamente aos indivíduos do sexo feminino (Chevron et al. 1978; Zuroff et al., 1990a; Blatt et al., 1992). No que se refere à escala de eficácia, os resultados não estão de acordo com os apresentados na literatura, onde os homens e as mulheres não obtêm resultados significativamente diferentes (Chevron et al., 1978, Campos, 2000a, 2009b). No nosso estudo, os rapazes apresentaram resultados significativamente superiores nesta

escala em comparação com as raparigas, o que pode dever-se ao facto de, muitas vezes, os rapazes se concentrarem em demonstrar altos níveis de competências sociais e comportamento adequado como forma de ganhar a aprovação dos outros e manter as relações interpessoais (Kuperminc et al., 1997), principalmente aqueles que pontuam alto na escala de dependência. Este resultado necessita de ser replicado e investigado em estudos futuros.

A consistência interna da versão portuguesa do QED-A foi estudada com base no cálculo dos coeficientes *alpha* de Cronbach para cada um dos três factores. Os *alphas* de Cronbach apresentaram valores aceitáveis, o que significa que as três escalas estão a medir consistentemente os constructos que pretendem medir. No entanto, os valores de *alpha* para cada um dos factores da versão portuguesa são um pouco inferiores aos obtidos por Blatt et al. (1992). Na versão portuguesa, os valores de *alpha* de Cronbach são, respectivamente, .85, .68, .71 para a Dependência, Auto-criticismo e Eficácia, enquanto que na versão original esses valores são de .90 para a Dependência, .82 para o Auto-criticismo e .79 para a Eficácia (Blatt et al., 1992). Foram, também, calculados os coeficientes de *alpha* para ambos os sexos em separado. No caso do auto-criticismo, os resultados ficam um pouco aquém do que seria desejável, apresentando um valor inferior a .70. No entanto, diversas provas de relevância na avaliação da depressão, apresentam valores de *alpha* na casa dos .60 (ex.: Campos, Gonçalves & Thalbourne, 2009). O coeficiente de *alpha* de Cronbach fornece um resultado igual à média de todos os coeficientes de bipartição possíveis com um dado conjunto de itens. O número de itens e o seu grau de intercorrelação têm um papel determinante no cálculo dos valores de *alpha* ou seja, no cálculo da consistência interna de uma prova (Moreira, 2004). O  $\alpha$  estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Quanto menor for a soma das variâncias dos itens relativamente à variância total dos sujeitos, mais o coeficiente se aproxima de 1, significando que mais consistente e, conseqüentemente, mais fiável é o instrumento (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Segundo Moreira (2004), quando se pretende determinar, num questionário multidimensional, se os itens foram correctamente atribuídos à escala com a qual mais se relacionam, a análise factorial constitui uma ferramenta preciosa. No nosso estudo, realizámos uma análise em componentes principais (ACP), análise que tem como objectivo transformar um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis independentes, designadas por “componentes principais” (Maroco, 2003).

No caso presente e, por razões de comparabilidade com estudos internacionais, forçámos a extracção de três factores, que explicaram uma percentagem de variância idêntica à explicada no estudo original (Blatt et al., 1992). De realçar, no entanto, que os três factores obtidos na nossa análise apresentam uma percentagem de variância mais elevada do que na versão original. Na ACP cada factor é representado por um “valor próprio” que tem a ver com a proporção da variância explicada/importância relativa de cada factor. Uma vez obtidos os três factores, procedeu-se à sua rotação com vista a obter a fragmentação dos factores gerais e a distribuição das variáveis pelos factores, de tal modo que cada variável ficasse ligada a um factor e estes surgissem como agrupamentos homogêneos de variáveis, com um grau de sobreposição reduzido e de interpretação bastante facilitada (Moreira, 2004). O procedimento utilizado foi a rotação *varimax*, o qual, segundo Moreira (2004), procura maximizar a variância dos quadrados das saturações dentro de cada factor, somando depois as variâncias dos diversos factores, permitindo a ortogonalidade/independência de cada factor. Tendo em conta o estudo qualitativo e quantitativo que efectuámos para comparar as saturações dos factores na versão portuguesa e na versão original, podemos dizer que existe uma grande similaridade entre as duas versões.

Com vista a estudarmos a validade da prova, calcularam-se as correlações das três escalas do QED-A entre si e de cada uma delas com os resultados obtidos noutras medidas de depressão e psicopatologia, neste caso no CDI e no YSR, na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes. Contrariamente ao que aconteceu em vários estudos (Blatt et al., 1992; Blatt et al., 1993; Kuperminc et al., 1997), os resultados das correlações entre as escalas de Dependência e Auto-criticismo, em ambas as sub-amostras, sugerem uma independência dos dois constructos. Nos estudos de Blatt et al. (1992), Blatt et al. (1993) e Kuperminc et al. (1997) verificou-se que existia pouca diferenciação entre estas dimensões na adolescência, pois alguns dos itens saturaram em ambos os factores, contrariamente ao que aconteceu com o QED de adultos (Blatt et al., 1976; Zuroff, Quinlan et al., 1990; Franche & Dobson, 1992; Campos, 2000a, 2009b; Yao et al., 2009). Na nossa amostra existe também, de facto, uma tendência para alguns dos itens saturarem em ambos os factores. No entanto, os resultados obtidos neste estudo vão de encontro aos obtidos no QED de adultos, quer na versão original, quer na versão portuguesa, onde a Dependência e o Auto-criticismo aparecem como dimensões independentes (Blatt et al., 1976; Zuroff et al., 1990a; Franche & Dobson, 1992; Campos, 2000a, 2009b; Yao et al., 2009).

Relativamente à escala de Eficácia, ao contrário do que aconteceu na maior parte dos estudos existentes (à excepção do estudo de Blatt et al., 1996), esta apresentou correlações significativas com a Dependência nas duas sub-amostras (mas mais elevadas nos rapazes). Segundo Blatt et al. (1976), a escala de Eficácia engloba itens que indicam um sentimento de confiança do sujeito nos seus próprios recursos e capacidades, o sentimento de possuir força interior, ser capaz de assumir responsabilidades, sentir-se independente, orgulhoso e satisfeito com as suas realizações. Os indivíduos com pontuação elevada neste factor caracterizam-se por vivenciarem sentimentos de realização pessoal, serem muito orientados para os objectivos, mas não chegando ao ponto de serem excessivamente competitivos (Blatt & Homann, 1992; Blatt, 2004). Tendo em conta estes aspectos e os resultados obtidos, podemos hipotetizar que a escala de Eficácia poderá não medir na adolescência os mesmos aspectos que nos adultos, ou seja, pode não remeter apenas para uma dimensão adaptativa, mas sim para uma característica mais desadaptativa ligada a uma certa negação do sofrimento mental, especialmente nos rapazes. No entanto, este é um resultado que necessita de ser mais bem investigado em estudos futuros. Os rapazes que pontuaram alto na dependência poderão concentrar-se em demonstrar altos níveis de competências sociais e comportamento adequado como forma de ganhar a aprovação dos outros e manter as relações interpessoais (Kuperminc et al., 1997).

Tendo em conta as correlações entre o QED-A e o YSR, podemos dizer que, nas raparigas, a Dependência apresenta correlações significativas somente com os Problemas Internalizados, ao contrário do que acontece com os rapazes, nos quais a Dependência se correlaciona com os dois tipos de problemas, apesar da correlação ser mais forte para os Problemas Internalizados. Estes resultados vão, em grande parte, ao encontro dos estudos existentes (Leadbeater et al., 1995; Kuperminc et al., 1997), nos quais se verifica que a Dependência está mais associada a Problemas de Internalização, especialmente nas raparigas. No caso do Auto-criticismo, os resultados estão também, em certa medida, de acordo com os estudos referidos, nos quais níveis elevados de Auto-criticismo foram associados a auto-relatos de problemas internalizados e externalizados, tanto nos rapazes, como nas raparigas (Kuperminc et al., 1997). No nosso estudo, o auto-criticismo correlacionou-se de forma mais expressiva com os problemas internalizados do que com os problemas externalizados, principalmente nas raparigas. Relativamente à Eficácia, verificámos que esta se correlacionou de forma significativa com os problemas de externalização nas

raparigas, o que pode dever-se ao facto das raparigas com níveis mais elevados de eficácia poderem ter problemas de identificação, querendo ser mais masculinas e não tão dependentes, o que se poderá expressar no aumento dos problemas de internalização e, principalmente, de externalização. Contudo, estes resultados necessitam de ser replicados e melhor investigados em estudos futuros.

Correlacionámos, ainda, a sub-escala de Ansiedade/Depressão do YSR com as escalas do QED-A e verificámos que esta apresenta correlações significativas com as escalas de Dependência e de Auto-criticismo, sendo a correlação com o Auto-criticismo a mais elevada. A eficácia, por sua vez, não apresentou correlações significativas com esta sub-escala.

Ainda no que concerne à validade, tanto a Dependência como o Auto-criticismo apresentaram correlações significativas com o CDI, na sub-amostra de raparigas e na sub-amostra de rapazes. Como já seria de prever, o factor de Auto-criticismo apresentou correlações mais elevadas com o CDI e com a escala de Ansiedade/Depressão do YSR, do que a Dependência, o que está em congruência com os resultados obtidos na literatura (Blatt et al., 1992; Frank et al., 1997), o que pode corroborar a ideia de que o factor de Dependência parece medir uma dimensão da depressão que é, de certa forma, negligenciada pelos principais métodos de avaliação da depressão (Blatt, 1990; Blatt et al. 1976; Blatt & Homann, 1992), que tendem a estar mais aptos a medir a dimensão de Auto-criticismo (Blatt & Zuroff, 1992; Smith et al., 1988). Também de acordo com os resultados obtidos na literatura (Klein, 1989; Blatt et al., 1992; Shahar, Blatt et al., 2004; Campos, 2009a) está a inexistência de correlações significativas entre o factor de Eficácia e as medidas de depressão.

De uma forma geral, os resultados parecem apoiar a validade da versão portuguesa do QED-A.

#### *Limitações e direcções futuras*

As limitações do nosso estudo prendem-se com o tamanho da amostra, que, apesar de ter um número aceitável de sujeitos, poderá não ser suficiente para considerar dados normativos. Por outro lado, seria conveniente verificar as propriedades psicométricas do QED-A numa amostra clínica de adolescentes, no sentido de avaliar, como sugerem Zuroff et al. (1990a) para o QED, se em adolescentes com queixa as propriedades psicométricas do instrumento se mantêm, bem como obter normas para grupos clínicos. Também seria pertinente que estudos

futuros pudessem estudar a fiabilidade teste-reteste do QED-A com vista a avaliar a estabilidade temporal da versão portuguesa. Por último, outra limitação que podemos apontar reside no facto do CDI ter sido aplicado a adolescentes com 18 anos de idade (13% dos sujeitos da nossa amostra), estando indicado para adolescentes apenas até aos 17 anos.

## CONCLUSÕES

O objectivo do presente estudo consistiu em adaptar o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) de Blatt, Shaffer, Bers e Quinlan (1992) para a população portuguesa.

Segundo a conceptualização teórica de Blatt, a dependência e o auto-criticismo podem ser vistos como dois tipos de depressão, dois tipos de experiências depressivas ou duas dimensões da personalidade. Podem, também, ser considerados dois estilos de personalidade ou dois tipos caracteriais que podem constituir factores de vulnerabilidade/predisposição à depressão, principalmente perante a presença de acontecimentos de vida stressantes. Os indivíduos dependentes seriam vulneráveis a acontecimentos na área interpessoal e os indivíduos auto-críticos a acontecimentos ao nível da realização pessoal e da auto-definição. Estes sujeitos, quando deprimidos, vivenciarão depressões anaclíticas e depressões introjectivas, respectivamente. Segundo Blatt, estes dois tipos de vulnerabilidade à depressão teriam início em momentos diferentes do desenvolvimento e seriam consequência de representações mentais perturbadas das figuras significativas, estruturadas na infância. Para o autor, é crucial estudar-se as experiências depressivas (dependência e auto-criticismo) em populações não clínicas, na medida em que um sujeito pode vivenciar estas experiências sem estar clinicamente deprimido (Campos, 2000b).

De modo a conseguir avaliar estes dois tipos de experiências depressivas nos indivíduos, Blatt, D'Afflitti e Quinlan (1976, 1979a) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas para adultos (QED) com base em afirmações que constituíam experiências descritas por indivíduos no seu dia a dia, mas que não representavam, necessariamente, sintomas manifestos de depressão. O questionário mostrou ter boas características psicométricas em termos de consistência interna e validade, pelo que foi utilizado em inúmeras investigações empíricas e adaptado para diversas populações, nomeadamente, para a população portuguesa de adultos (Campos, 2000a, 2009b). A versão portuguesa mostrou ter, também, características psicométricas adequadas. Em 1992, Blatt, Shaffer, Bers e Quinlan desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A) devido à necessidade de distinguir as dimensões/configurações da personalidade e da psicopatologia, anaclítica e introjectiva, na população adolescente, já que esta distinção não é importante, apenas, para o estudo e avaliação da depressão, da psicopatologia e da personalidade, mas também para o estudo e planeamento do



processo terapêutico. Foram estas as razões que nos impulsionaram a adaptar o QED-A para a população portuguesa, contribuindo para que mais um instrumento de avaliação da personalidade e da depressão ficasse ao dispor dos psicólogos portugueses para a avaliação junto dos adolescentes.

O processo de tradução, retroversão e adaptação do questionário decorreu segundo os procedimentos descritos na literatura, de forma a assegurar a equivalência linguística e psicométrica entre a versão original e a versão na língua portuguesa. De forma a obter as características da versão portuguesa do QED-A, o questionário foi aplicado, juntamente com outras medidas de depressão e psicopatologia, a um grupo de adolescentes do sexo feminino e masculino com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade e de nível socioeconómico médio-baixo. Após a recolha dos dados junto da amostra em causa, foi realizada uma análise em componentes principais com o objectivo de comparar a estrutura factorial da versão portuguesa com a estrutura factorial original. Foram, de seguida, calculados os valores de *alpha* de Cronbach para as três escalas, quer na amostra total, quer para os dois sexos em separado, com vista a estudar a consistência interna da prova. Os coeficientes de *alpha* obtidos traduzem-se numa consistência interna aceitável do instrumento. Foi, ainda, estudada a validade da prova com base nas correlações obtidas entre as três escalas do QED-A entre si e entre estas e os resultados obtidos noutras duas medidas de depressão e psicopatologia, YSR e CDI. Observou-se que a Dependência e o Auto-criticismo se apresentaram como sendo duas dimensões independentes e que existia uma correlação significativa entre a Dependência e a Eficácia, o que nos indica que a Eficácia, nos adolescentes portugueses, pode não remeter apenas para uma dimensão adaptativa, mas também desadaptativa ligada a uma certa negação do sofrimento mental. Concluimos, ainda, que o Auto-criticismo se correlaciona de forma mais expressiva com medidas de depressão do que a Dependência, o que vai de encontro à ideia de que as medidas de depressão sintomática estarão mais aptas a medir aspectos da depressão-estado que se relacionam com a dimensão introjectiva. Neste sentido, podemos afirmar que os resultados, de um modo geral, apoiam a validade das escalas do QED-A. Verificámos, ainda, a existência de diferenças significativas entre a sub-amostra de raparigas e a sub-amostra de rapazes no que diz respeito às escalas do QED-A, as quais estão em consonância com os resultados obtidos em estudos anteriores. No entanto, verificámos que na população portuguesa, os rapazes pontuam significativamente mais alto que as raparigas na escala de Eficácia, o que pode estar relacionado com o facto dos rapazes terem uma maior

necessidade de mostrar força, competência e poder que as raparigas, estando estas últimas mais preocupadas com as questões interpessoais.

Em conclusão, podemos afirmar que os resultados deste estudo suportam a fiabilidade e validade do QED-A. A versão portuguesa mostra-se, linguística e psicometricamente, semelhante à versão americana, apresentando, num primeiro estudo preliminar, características psicométricas adequadas. Estes resultados com a versão portuguesa são importantes dado que se pode considerar o QED-A um instrumento útil para utilização na prática clínica e para a investigação na área da depressão e da psicopatologia, embora mais estudos com a versão portuguesa sejam necessários, nomeadamente de validade e de teste-reteste, mas também com amostras clínicas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025.

Atger, F., Frasson, G., Loas, G., Guibourgé, S., Corcos, M., Perez, D., ... Jeammet, P. (2003). Validation study of the depressive experience questionnaire. *L'Encéphale*, 29(5), 445-55.

Baker, K., Nenneker, R., & Barris, B. (1997). Cognitive organization in sociotropic and autonomous inpatient depressives. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 11(4), 279-297.

Barrett, P. (1986) Factor comparison: An examination of three methods. *Personality and Individual Differences*, 7, 3, 327-340.

Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp. 14-47). New York: International Universities Press.

Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of Child*, 29, 107-157.

Blatt, S. (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. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Ed.), *Emotion, Cognition, and Representation* (pp. 1-33). Rochester: Symposium on Developmental Psychopathology.

Blatt, S. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington: American Psychological Association.

Blatt, S. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.

Blatt, S., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6(2), 187-254.

Blatt, S., & Blass, R. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of psychological development. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.

Blatt, S., & Blass, R. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle & D. L. Wolitzky (Ed.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 399-428). Washington: American Psychological Association.

Blatt, S., & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

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., & Blass, R. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of Personality Development. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Ed.), *Development and Vulnerabilities in Close Relationships* (pp. 309-338). New Jersey: Erlbaum.

Blatt, S., & Levy, K. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 73-109). Washington: American Psychological Association.

Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389.

Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979a). Depressive experiences questionnaire. Unpublished Manual, Yale University, New Haven, CT.

Blatt, S., Wein, S., Chevron, E., & Quinlan, D. (1979b). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 388-397.

Blatt, S., Quinlan, D., Chevron, E., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 113-124.

Blatt, S., Schaffer, C., Bers, S., & Quinlan, D. (1992). Psychometric properties of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment, 59*(1), 82-98.

Blatt, S., Hart, B., Quinlan, D., Leadbeater, B., & Auerbach, J. (1993). Interpersonal and self-critical dysphoria and behavioral problems in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 22*, 253-269.

Blatt, S., Zohar, A., Quinlan, D., Zuroff, D., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 64*(2), 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.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1): *Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2): *Separation*. New York: Basic Books.

Brown, J., & Silberschatz, G. (1989). Dependency, self-criticism, and depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(2), 187-188.

Campos, R. (2000a). Adaptação do questionário de experiências depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica, 18*(3), 285-309.

Campos, R. (2000b). Análise exploratória das manifestações da dependência e do auto-criticismo enquanto estilos de personalidade no método do rorschach. Dissertação de Mestrado em Psicologia (Clínica). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Campos, R. (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(1), pp. 91-99.

Campos, R. (2009a). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.

Campos, R. (2009b). *Questionário de experiências depressivas: Manual*. Évora: Edição do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

Campos, R. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: Um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 371-382.

Campos, R., Gonçalves, B., & Thalbourne, M. (2009). Preliminary psychometric data for a portuguese scale to assess history of depressive symptomatology with a college student sample. *Psychological Reports*, 104, 1015-1018.

Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (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., Besser, A., & Blatt, S. (2011). The relationships between defenses and experiences of depression: An exploratory study. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 196-208

Chevron, E., Quinlan, D., & Blatt, S. (1978). Sex role and gender differences in the experiences of depression. *Journal of abnormal Psychology*, 87(6), 680-683.

Dahn, J. (2000). *Predicting narcissistic and depressive vulnerability: The impact of conflicting parental representations on self and object relations*. Dissertations Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60(9-B).

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI; pp. 553-564). Braga: Assoc. Psicólogos Portugueses.

Erikson, E. (1974). *Dimensions of a new identity*. New York: Norton.

Fichman, L., Koestner, R., & Zuroff, D. (1994). Depressive styles in adolescence: Assessment, relation to social functioning and developmental trends. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(3), 315-330.

Fonseca, A., & Monteiro, C. (1999). Um Inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: O *youth self-report de Achenbach*. *Psychologica*, 21, 79-96.

Franche, R., & Dobson, K. (1992). Self-criticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16(4), 419-435.

Frank, J., Van Egeren, A., & Paul, S. (1997). Measuring self-critical and interpersonal preoccupations in an adolescent inpatient sample. *Psychological Assessment*, 9, 185-195.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In E. Jones (Ed.), *Collected papers*. New York: Basic Books.

Frick, P., Barry, C., & Kamphaus, R. (2009). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Springer.

Fuhr, S., & Shean, G. (1992). Subtypes of depression, efficacy, and the depressive experiences questionnaire. *The Journal of Psychology*, 126(5), 495-506.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gilligan, C. (1989). *Remapping the moral domain*. In C. Gilligan, J. V Ward, & J. M. Taylor (Eds.), *Mapping moral domain* (pp. 3-19). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Henrich, C., Blatt, S., Kuperminc, G., Zohar, A., & Leadbeater, B. (2001). Levels of interpersonal concerns and social functioning in early adolescent boys and girls. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 48-67.

Karoly, P., & Ruchman, L. (1983). Affective meaning and depression: A semantic differential analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 7(1), 41-49.



Klein, M. (1948). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In M. Klein (Ed.), *Contributions to psychoanalysis, 1921-1945*. London: Hogarth Press.

Klein, D. (1989). The Depressive experiences questionnaire: A further evaluation. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 703-715.

Klomek, A., Orbach, I., Sher, L., Sommerfeld, E., Diller, R., Apter, A., Shahar, G., & Zalsman, G. (2008). Quality of depression among suicidal inpatient youth. *Archives of Suicide Research*, 12(2), 130-140.

Kovacs, M. (1992). *Children depression inventory CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems.

Kuperminc, G., Blatt, S., & Leadbeater, B. (1997). Relatedness, self-definition, and early adolescent adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 301–320.

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(4), 311-5.

Leadbeater, B., Blatt, S., & Quinlan, D. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 5(1), 1-29.

Luthar, S., & Blatt, S. (1993). Dependent and self-critical depressive experiences among inner-city adolescents. *Journal of Personality*, 61, 365-385.

Luyten, P., & Blatt, S. (2007). Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry*, 70(2), 85-9.

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. *Depress Anxiety*, 24(8), 586-596.

Mahler, S., Pine, M., & Bergman, A. (1973). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.

Maroco, J. (2003) *Análise estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório Psicologia*, 4(1), 65-90.

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Mussen, P., Conger, J., & Kagan, J. (1979). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Editorial Trillas.

Nietzel, M., & Harris, M. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.

Quimette, P., & Klein, D. (1993). Convergence of psychoanalytic and cognitivebehavioral theories of depression: An empirical review and new data on Blatt's and Beck's models. In J. M. Masling & R. F. Bornstein (Ed.), *Psychoanalytic Perspectives on Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Overholser, J. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13(1), 17-23.

Overholser, J., & Freiheit, S. (1994). Assessment of interpersonal dependency using the millon clinical multiaxial inventory-II (MCMI-II) and the depressive experiences questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 17(1), 71-78.

Quinlan, D., Blatt, S., Chevron, E., & Wein, S. (1992). The analysis of descriptions of parents: Identification of a more differentiated factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 340-351.

Robins, C., Ladd, J., Welkowitz, J., Blaney, P., 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(4), 277-300.

Rude, S., & Burnham, B. (1995). Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 323-340.

Shahar, G., Henrich, C., Blatt, S., Ryan, R., & Little, T. (2003). Interpersonal relatedness, self-definition, and their motivational orientation during adolescence: A theoretical and empirical investigation. *Developmental Psychology*, 39, 470– 483.

Shahar, G., Gallagher, E., Blatt, S., Kuperminc, G., & Leadbeater, B. (2004a). 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(6), 605-625.

Shahar, G., Blatt, S., Zuroff, D., Kuperminc, G., & Leadbeater, B. (2004b). Reciprocal relations between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 85-103.

Shahar, G., Henrich, C., Winokur, A., Blatt, S., Kuperminc, G., & Leadbeater, B. (2006). Self-Criticism and depressive symptomatology interact to predict middle school academic achievement. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 147-155.

Shapiro, J. (1988). Relationships between dimensions of depressive experiences and perceptions of the lives of people in general. *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 297-308.

Smith, T., O'Keeffe, J., & Jenkins, M. (1988). Dependency and self-criticism: Correlates of depression or moderators of the effects of stressful events? *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 160-169.

Sousa, P. (2006). *Obesidade na Adolescência: Aspectos psicológicos e Rendimento Escolar* (Dissertação de Mestrado Não Publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Spielberger, C., & Sharma, S. (1976). Cross-cultural measurement of anxiety. In C. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety* (pp. 13-25). New York: John Wiley & Sons.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

- Surrey, J. (1985). The "self-in-relation": A theory of women's development. *Work in Progress*, 13. Wellesley: Stone Center Working Papers.
- Ten Berge, J. M. (1986). Rotation to perfect congruence and the cross validation of component weights across populations. *Multivariate Behavioral Research*, 21, 41-64.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99.
- Viglione Jr., Philip, A., Clemmey, P., & Camenzuli, L. (1990). The depressive experiences questionnaire: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 52-64.
- Winnicott, D. (1954). Withdrawal and regression. In *Through Pediatrics to Psycho-Analysis. Collected papers*. London: Hogarth.
- Yao, S., Fang, J., Zhu, X., & Zuroff, D. (2009). The depressive experiences questionnaire: Construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety*, 26, 930-937.
- Zalsman, G., Posmanik, S., Fischel, T., Horesh, N., Gothelf, D., Gal, G., ... Apter, A. (2004). Psychosocial situations, quality of depression and schizophrenia in adolescents. *Psychiatry Research*, 129(2), 149-157.
- Zetzel, E. (1965). The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 39-52.
- Zuroff, D., Moskowitz, D., Wielgus, M., Powers, T., & Franko, D. (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., Quinlan, D., & Blatt, S. (1990a). Psychometric properties of the depressive experiences questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 65-72.
- Zuroff, D., Igreja, I., & Mongrain, M. (1990b). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315-326.



# Anexos

## ANEXO I – Versão experimental portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas para Adolescentes (QED-A).

### QED-A

Sidney Blatt, Carrie Schaffer, Susan Bers e Donald Quinlan (1989)  
 Versão experimental portuguesa de Cristina Morgado e Rui C. Campos (2011)

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontra um conjunto de afirmações respeitantes a características e traços pessoais. Leia cada afirmação e decida se concorda ou discorda e em que grau. Se concorda totalmente, faça um círculo à volta do número 7. Se discorda totalmente, faça um círculo à volta do número 1. Se está algures num ponto intermédio, faça um círculo à volta de um dos números entre 1 e 7. Se está indeciso ou se está numa posição neutra, faça um círculo no ponto médio da escala que corresponde ao número 4.

		1...2...3...4...5...6...7						
		Discordo Totalmente		Neutro		Concordo Totalmente		
		Discordo Totalmente		Neutro		Concordo Totalmente		
		1	2	3	4	5	6	7
1-	Coloco os meus objectivos pessoais num nível muito alto	1	2	3	4	5	6	7
2-	Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7
3-	Estou habitualmente satisfeito(a) com os meus planos e objectivos, em vez de tentar objectivos mais altos	1	2	3	4	5	6	7
4-	Algumas vezes sinto-me muito grande, e outras sinto-me muito pequeno(a)	1	2	3	4	5	6	7
5-	Nunca sinto ciúmes quando vejo alguém de quem sou próximo(a) com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
6-	Preciso realmente de alguma coisa que só as outras pessoas me podem dar	1	2	3	4	5	6	7
7-	Penso frequentemente que fico aquém daquilo que espero de mim próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7
8-	Sinto que estou sempre a usar plenamente as minhas capacidades	1	2	3	4	5	6	7
9-	Aborreço-me o facto das relações com as outras pessoas sofrerem mudanças	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO II – Versão portuguesa do *Children Depression Inventory* (CDI).

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### CDI

Copyright: Maria Kovacs, Ph.D. (Tradução autorizada)

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros.

Tens aqui uma lista de sentimentos e ideias por grupos. Para cada grupo de três frases escolhe a que **melhor** te descreve nas **últimas duas semanas**. Depois de escolheres uma frase de um grupo passa para o seguinte.

Não há respostas certas ou erradas. Escolhe só a frase a maneira como te tens sentido recentemente. Põe uma cruz  na tua resposta.

Tens em baixo um exemplo para aprenderes a responder a estas frases. Põe uma cruz junto à frase que **melhor** te descreve.

Exemplo:

- Leio livros muitas vezes
- Leio livros de vez em quando
- Nunca leio livros

Vamos agora ver os outros grupos de frases.

Lembra-te: Escolhe em cada grupo a frase que te descreve **melhor** nas **últimas duas semanas**.



## ANEXO III – Versão portuguesa do *Youth Self-Report* (YSR).

### Questionário de Auto-Avaliação para Jovens YSR 11-18 (@ T. M. Achenbach, 1991)

Tradução: A.C. Fonseca & M.R. Simões (U. Coimbra)  
J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)  
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos  
Sexo: Masculino  Feminino  Ano de Escolaridade : \_\_\_\_\_

Profissão do Pai (mesmo que actualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Profissão da Mãe (mesmo que actualmente não trabalhe): \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és ou tens sido durante os últimos 6 meses:

-Marca uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou é MUITAS VEZES VERDADEIRA;

-Marca uma cruz (X) no 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

-Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, marca uma cruz (X) no 0.

Por favor, responde a todas as descrições o melhor que possas, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exactamente.

**SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE**

## **ANEXO IV – Consentimento Informado aos Presidentes dos Conselhos Executivos.**

Exmo(a). Sr(a).

Director do Conselho Executivo

Eu, Cristina Morgado, estudante finalista do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora, estou a realizar uma investigação com adolescentes, no âmbito da minha Tese de Mestrado, que pretende adaptar um instrumento de avaliação da personalidade para a população portuguesa desta faixa etária. Esta investigação está a ser devidamente orientada pelo Prof. Doutor Rui Campos.

Os dados desta investigação serão recolhidos através da aplicação de três questionários, de forma voluntária, ou seja, os alunos poderão não participar, caso esta seja a sua vontade. Prevê-se que a resposta aos questionários demore cerca de 60 a 70 minutos e que seja realizada durante o tempo de aulas. Estes serão aplicados aos alunos que tenham, previamente, trazido assinado pelo Encarregado de Educação um documento de autorização para participação, o qual se encontra em anexo e será, se possível, distribuído aos alunos pelos professores.

De modo a garantir a confidencialidade dos resultados pessoais, a informação será tratada quantitativamente, de forma global e a resposta será anónima.

Venho assim solicitar a colaboração nesta investigação, autorizando a aplicação dos referidos questionários às turmas do 9º, 10º, 11º e 12º anos de escolaridade.

O orientador

Grata pela atenção dispensada,

Évora, 14 de Dezembro de 2010

## **ANEXO V – Consentimento Informado aos Encarregados de Educação.**

Exmo(a). Senhor(a)

Encarregado(a) de Educação

Eu, Cristina Morgado, aluna finalista do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Évora, estou a realizar uma investigação com adolescentes, no âmbito da minha Tese de Mestrado, que pretende adaptar um instrumento de avaliação da personalidade para a população portuguesa desta faixa etária.

Os dados desta investigação serão recolhidos através da aplicação de três questionários de forma voluntária, ou seja, só responderão os alunos que desejem participar e mediante a prévia autorização de vossa Exa. Prevê-se que a aplicação demore cerca de 60 a 70 minutos e a resposta aos questionários é confidencial.

Caso permita que o seu educando participe nesta investigação, preencha o pedido de autorização constante desta folha e devolva-o.

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo que  
\_\_\_\_\_, aluno(a) da turma \_\_\_\_,  
do \_\_\_\_ ano, participe na investigação acima indicada.

Antecipadamente grata pela atenção  
dispensada,

Évora, 14 de Dezembro de 2010

**Anexo VI – Médias e Desvios-padrão dos itens da versão experimental portuguesa do QED-A.**

<b>Item</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Item</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>1</b>	5,09	1,42	<b>34</b>	4,79	1,83
<b>2</b>	5,25	1,71	<b>35</b>	3,26	1,89
<b>3</b>	3,93	1,66	<b>36</b>	4,89	1,80
<b>4</b>	4,48	1,75	<b>37</b>	3,92	1,78
<b>5</b>	3,89	1,96	<b>38</b>	4,06	1,88
<b>6</b>	4,28	1,72	<b>39</b>	5,31	1,68
<b>7</b>	4,54	1,63	<b>40</b>	4,75	1,53
<b>8</b>	3,97	1,53	<b>41</b>	4,30	1,72
<b>9</b>	4,86	1,75	<b>42</b>	4,66	1,49
<b>10</b>	4,14	1,79	<b>43</b>	3,21	1,75
<b>11</b>	3,73	1,87	<b>44</b>	3,90	1,95
<b>12</b>	4,04	1,83	<b>45</b>	5,33	1,71
<b>13</b>	4,30	1,87	<b>46</b>	3,43	1,99
<b>14</b>	4,27	2,10	<b>47</b>	2,53	1,70
<b>15</b>	5,08	1,54	<b>48</b>	3,78	1,87
<b>16</b>	3,49	2,00	<b>49</b>	5,27	1,47
<b>17</b>	3,15	1,83	<b>50</b>	5,21	1,72
<b>18</b>	5,18	1,80	<b>51</b>	3,87	1,74
<b>19</b>	3,22	1,32	<b>52</b>	4,42	1,80
<b>20</b>	6,08	1,42	<b>53</b>	3,92	1,87
<b>21</b>	4,40	1,55	<b>54</b>	4,66	1,83
<b>22</b>	4,03	2,11	<b>55</b>	3,92	1,82
<b>23</b>	5,15	1,83	<b>56</b>	3,46	1,67
<b>24</b>	4,67	1,54	<b>57</b>	1,84	1,38
<b>25</b>	3,13	1,85	<b>58</b>	4,00	2,00
<b>26</b>	4,16	1,76	<b>59</b>	4,32	1,63
<b>27</b>	4,14	1,73	<b>60</b>	4,37	1,88
<b>28</b>	4,69	1,65	<b>61</b>	4,61	1,98
<b>29</b>	5,94	1,32	<b>62</b>	4,66	1,61
<b>30</b>	3,74	1,83	<b>63</b>	4,08	1,73

---

<b>31</b>	4,98	1,75	<b>64</b>	4,77	1,79
<b>32</b>	5,43	1,54	<b>65</b>	3,88	2,01
<b>33</b>	5,34	1,40	<b>66</b>	4,61	1,58

---