

## Modelos de avaliação da experiência depressiva

POR

ÂNGELA DA COSTA MAIA<sup>(1)</sup>

### Resumo

*Sendo a depressão uma das perturbações psicopatológicas mais prevalentes na população, não é de estranhar a diversidade de leituras teóricas que a procuram conceptualizar, nem a multiplicidade de métodos de intervenção psicoterapêutica que prometem eficácia na sua intervenção. Paralelamente a estes interesses teóricos e clínicos, as necessidades de investigação têm dado azo ao desenvolvimento de múltiplos instrumentos que procuram avaliar as diferentes manifestações da experiência depressiva, nomeadamente os sintomas afectivos, cognitivos, físicos, motivacionais e comportamentais. Perspectivas mais recentes, no entanto, têm salientado a necessidade de ir para além de modelos descritivos, apontando a necessidade de recorrer a metodologias que possam elucidar acerca da construção de significados nesta psicopatologia. Neste trabalho são apresentados e comparados os diversos instrumentos, salientando o percurso que vai desde os modelos de avaliação baseados em questionários até às metodologias que procuram compreender a organização narrativa na depressão.*

### Abstract

*Depression is one of the most prevalent psychopathological disorders in the population. Therefore there is a diversity of theoretical readings that seek to conceptualise it and a multiplicity of therapeutic methods that promise effectiveness in their intervention. Besides this theoretical and clinical interest, research needs have stimulated the development of multiple instruments which attempt evaluate the different manifestations of the depressive experience, namely its affective, cognitive, physical, motivational and behavioural symptoms. However, more recent perspectives have been pointing out the need to go beyond descriptive models, using methodologies that will be able to explain the construction of meanings in this psychopathology. This work presents and compares several instruments, pointing out the path from evaluation models based on questionnaires to methodologies that try to understand the narrative organisation in depression.*

### Introdução

A depressão é uma das perturbações reconhecidas há mais tempo – desde 2600 anos antes de Cristo

(Menninger & col, 1963, cit. por Spitzer & Williams, 1980); e tem uma prevalência ou risco vital<sup>1</sup> entre os 10

<sup>1</sup> Prevalência ao longo da vida ou risco vital corresponde ao risco de contrair a doença ao longo da vida.

<sup>(1)</sup> Prof. Auxiliar Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

Correspondência: Ângela Costa Maia - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4719 Braga, Portugal

Mail: angelam@iep.uminho.pt

a 15% para as mulheres e 5 a 12 % para os homens (American Psychiatric Association, 1994), o que a coloca entre as que afectam mais pessoas. Por estas razões é sem surpresa que constatamos tratar-se de uma perturbação reconhecida desde os primeiros sistemas de classificação nosológicos, começando pelo proposto por Hipócrates, em que a melancolia foi considerada uma das três perturbações mentais, até à diferenciação das perturbações de humor integradas nos mais recentes sistemas de classificação como o ICD-10 e o DSM-IV.

Pela intensidade que pode atingir o sofrimento das pessoas afectadas, a duração dos sintomas, e a comorbilidade com outras perturbações, é também uma das doenças mentais com mais custos económicos e uma daquelas que deu origem a mais esforços de intervenção psicoterapêutica. A par deste interesse prático na elaboração de métodos terapêuticos mais eficazes de modo a aliviar aqueles que estão em sofrimento, interesses científicos no sentido de melhor conhecer o número e as características das pessoas afectadas, conduziu ao desenvolvimento de inúmeros instrumentos e modelos de avaliação. São eles que permitem descrever e/ou compreender a experiência depressiva.

Neste trabalho, após uma breve exposição dos sintomas, referiremos alguns dos instrumentos e modelos de avaliação na experiência depressiva. Procuramos intencionalmente apresentar uma diversidade de modelos e instrumentos de modo não só a reflectir a variedade de recursos disponíveis para os psicólogos, mas também porque acreditamos que atendendo à diversidade de contextos em que os profissionais trabalham, e mesmo da diversidade da experiência depressiva, diferentes instrumentos e modelos devem ser considerados, ponderando as suas vantagens e desvantagens.

### Os sintomas

Os critérios de diagnóstico para Episódio Depressivo Major segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) são os seguintes:

- (1) humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias.
- (2) interesse ou prazer marcadamente diminuído em todas ou quase todas as actividades.
- (3) perda significativa de peso ou diminuição ou aumento de apetite.
- (4) insónia ou hipersónia.
- (5) agitação ou lentificação psicomotora.
- (6) fadiga ou perda de energia.

- (7) sentimentos de desvalia ou de culpa excessiva ou inadequada.
- (8) diminuição da habilidade de pensar ou concentrar-se.
- (9) pensamentos recorrentes de morte.

Estes sintomas manifestam-se em quatro áreas distintas, abrangendo todo o funcionamento do sujeito: a área afectiva, a área cognitiva, a área motivacional, a área comportamental e a área física. Os instrumentos de avaliação da depressão que procuram descrever os sintomas normalmente organizam-se de modo a avaliar todas estas áreas, ou seja, avaliar consiste em averiguar a presença ou ausência de um sintoma e, no caso da presença, a sua intensidade. Aqui, e no que se refere aos modelos de avaliação centrados nos sintomas, abordaremos quer as escalas de auto e hetero-relato, quer as entrevistas clínicas estruturadas.

### Modelos de avaliação centrados nos sintomas

#### Escalas de auto-relato

A avaliação psicométrica da depressão através de escalas do tipo auto relato tem dado origem a um número considerável de instrumentos, tendo o MMPI -D<sub>30</sub> (Dempsy, 1964) sido a primeira a ser desenvolvida. Snaith (1993), numa revisão de publicações desta área, contabiliza 30 escalas só em língua inglesa, e é fácil admitir que haverão outras tantas em outras línguas. Deste conjunto só um pequeno número tem características psicométricas bem estudadas, sendo o BDI - Beck Depression Inventory ou Inventário Depressivo de Beck; uma das mais bem conhecidas e aquela que deu já origem a uma adaptação para vários países, nomeadamente Portugal, onde é muito utilizada quer no âmbito clínico, quer em investigação.

O Inventário Depressivo de Beck (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961/versão portuguesa aferida por Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a e b) é constituído por 21 itens que reflectem 21 diferentes manifestações da depressão e está organizado em seis parâmetros que avaliam sintomas depressivos do tipo afectivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional (sono, apetite, peso e libido). Cada item consiste em 4 ou 5 afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma e o sujeito deve escolher aquela que considera mais próxima do seu estado actual.

Outras Escalas, como a de Zung (SDS, Zung, 1965) ou a Depression Adjective Check List (DAACL, Lubin, 1967) e a Multiple Affect Adjective Check List (MAACL, Zuckerman & Lubin, 1980) foram também amplamente aplicadas.

Em Portugal foi lançada nos últimos anos uma nova escala de avaliação de Depressão. O autor, Vaz Serra (1994), foi um dos autores da adaptação portuguesa do BDI, tendo julgado necessário o desenvolvimento de uma escala que integrasse aspectos não incluídos em outras escalas. Assim, a IACLD (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão) é constituída por 23 itens e inclui quatro tipos de sintomas: biológicos, cognitivos, interpessoais e de desempenho da tarefa.

Para além de instrumentos especificamente desenvolvidos para avaliar a depressão, não podemos deixar de referir que há uma variedade de instrumentos de auto-relato que avaliam vários tipos de sintomas, entre eles os sintomas de depressão. É o caso de instrumentos como o SCL-90 (Symptoms Check List, de Derogatis, Lipman & Covi, 1973) e o BSI (Brief Symptoms Inventory, de Derogatis & Spencer, 1982).

É amplamente reconhecido que as escalas de auto-avaliação têm várias características que as tornam bastante atraentes: são extremamente úteis em investigação, quando se procura rapidamente, e com meios reduzidos, caracterizar uma população ou comparar os resultados obtidos na escala com outros dados; e na prática clínica podem ser igualmente uma boa ajuda quando se procura averiguar a existência ou não de alguns sintomas e a sua gravidade. Alguns autores (cf. Vaz Serra, 1994) afirmam mesmo que muitas vezes pode ser mais fácil para um doente admitir a presença de um sintoma face a uma escala de auto-avaliação, do que apresentar essa área como queixa durante uma entrevista clínica. Para além disso permite uma avaliação uniforme de todos os doentes, independente da orientação teórica do clínico ou da valorização que o doente possa dar a uma área em detrimento de outras.

Apesar de serem reconhecidas algumas vantagens, a utilização de escalas de auto-relato na depressão foi sujeita a diversas críticas, tendo sido referidas como limitações, para além de só se poderem aplicar a sujeitos letrados, as próprias dificuldades de um sujeito clinicamente deprimido ser capaz de realizar a tarefa de responder. A sua frequente lentificação ou dificuldades de concentração conduzem a dificuldades claras na realização da tarefa de responder. Do mesmo modo, a medicação produz alguns efeitos que se reflectem nos resultados mais imediatos das escalas, não alterando no entanto a avaliação clínica. Sintomas como o apetite ou a motricidade são altamente sensíveis à ingestão de antidepressivos.

Mas especificamente em relação ao BDI foi levantada outra questão que se aplicará a quase todas as escalas: o facto de o que estar a ser medido serem sintomas, ou uma constelação de sintomas – um síndrome; e não uma entidade nosológica como é a depressão. Afirmar que um sujeito pode ser diagnosticado com uma entidade nosológica como a depressão implica que o sujeito tem este diagnóstico e não outro, e que cumpre todos os critérios necessários para ser considerado deprimido. Ou seja, não se pode afirmar que os sujeitos com pontuação média ou alta no BDI sejam sujeitos com uma depressão. Por isso os autores dos principais reparos sugerem que quando se utiliza o BDI não se afirme que os sujeitos estão deprimidos quando têm pontuações elevadas, mas sim que estão com humor disfórico ou com humor deprimido (cf. Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987). Trata-se então de uma escala que avalia, tal como outras, o humor presente no momento na avaliação, e não uma entidade nosológica chamada depressão, muitas vezes referida como “depressão clínica”.

Atendendo às limitações dos sujeitos com depressão de auto-relatarem o seu estado, quase paralelamente ao desenvolvimento das escalas de auto-avaliação, alguns autores procuraram construir escalas de hetero-avaliação.

#### **Escalas de hetero-avaliação**

As escalas de hetero-avaliação procuram ultrapassar as dificuldades que por vezes os sujeitos deprimidos têm em responder aos questionários e foram desenvolvidas de modo a dar uma visão mais “objectiva” dos sintomas. Exemplos destas escalas são a Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1960, 1967); a Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS, Montgomery & Asberg, 1979); ou a Melancholia Scale (MES, Bech & Rafaelsen, 1980, 1986).

Apesar das vantagens em relação às escalas de auto-relato, o que faz com que sejam usadas especialmente em investigação, estas escalas trazem também alguns inconvenientes uma vez que exigem da parte do observador um conhecimento profundo do significado dos conceitos a avaliar, assim como um conhecimento do sujeito avaliado. Deste modo nunca podem ser aplicadas a um grande número de pessoas. Estas escalas, no entanto, têm a mesma estrutura das de auto-relato, sendo apenas respondidas pelo observador, e os problemas que foram apontados a umas, podem

igualmente ser apontados a outras, nomeadamente o facto de medirem mais o humor do que a entidade nosológica.

#### Entrevistas clínicas estruturadas

Na sequência das chamadas de atenção para os limites da avaliação por escalas, de modo geral as entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas são consideradas mais válidas quando se pretende avaliar a presença ou ausência de depressão clínica. Nós aqui referiremos as que têm sido mais usadas especialmente em investigação, nomeadamente nos estudos epidemiológicos de depressão quer nos Estados Unidos quer na Europa, embora todas elas possam ser úteis quer para o treino de técnicos, quer em termos clínicos:

Present State Examination (PSE, Wing & col. 1978), serviu de instrumento para numerosos estudos, nomeadamente os realizados na Europa, uma vez que foi elaborado de acordo com os critérios previstos no ICD-9 (cf. Ramalheira, 1997). Esta entrevista tem 140 itens e usa um programa informático (Catego) que permite a classificação automática nos perfis clínicos.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS, Spitzer et al, 1978). Este instrumento baseia-se no sistema de diagnóstico RDC – Research Diagnostic Criteria, de Spitzer, Endicott, e Robins (1978). Esta entrevista só pode ser utilizada por técnicos especialistas, o que a impediu de ser utilizada nos estudos de base comunitária.

Diagnostic Interview Schedule (DIS, Robins et al, 1981). Esta entrevista estruturada apenas exige um treino para a sua utilização e foi elaborada de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-III.

Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R, Di Nardo & Barlow, 1985) – Baseia-se em critérios compatíveis com o DSM-III-R e foi utilizada, nomeadamente em Portugal, em investigação.

Outros instrumentos procuraram conciliar os critérios do DSM III com o ICD-9 de modo a facilitar estudos transculturais, como foi o caso do Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Robins et al, 1988); do Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN, Wing, 1990) e do International Personality Disorder Examination (IPDE, Loranger et al, 1991). A quase total sobreposição de critérios relativamente ao diagnóstico de depressão que se verifica actualmente entre o DSM-IV e o ICD-10, tornou este esforço um pouco inglório.

Finalmente referiremos uma entrevista clínica

inicialmente desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-III-R (Spitzer e col, 1992) e depois reformulada de acordo com os critérios do DSM-IV, Eixo I (versões clínica e de investigação), Eixo II, Perturbações Dissociativas e que tem vindo a receber uma ampla aceitação: a Structured Clinical Interview Disorder (SCID). Estas entrevistas clínicas cobrem as perturbações do eixo I e II, bem como as perturbações dissociativas, de acordo com os critérios do DSM-IV. O SCID I (vacionado para a avaliação das perturbações do eixo I), é iniciado pela avaliação da depressão, e nele encontramos um capítulo dedicado aos episódios de humor e um outro dedicado às perturbações de humor.

Se a avaliação de sintomas de depressão pode ser bastante relevante quer em termos clínicos quer em investigação, por vezes, especialmente em investigação, tem procurado avaliar-se não os sintomas, mas a vulnerabilidade psicológica dos indivíduos para desenvolverem depressão.

#### Para além dos sintomas: Avaliação da vulnerabilidade para a depressão

Todos os autores que desenvolveram modelos de avaliação da vulnerabilidade para a depressão partem do princípio que existem determinadas características de personalidade ou características cognitivas que propiciam o desenvolvimento de psicopatologia depressiva. Entre os factores que têm vindo a ser associados ao desenvolvimento de depressão contam-se a auto-estima, as cognições disfuncionais e os tipos ou orientações de personalidade. De seguida enumeramos alguns dos instrumentos disponíveis nestas áreas.

O Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965) e o Inventário Clínico do Autoconceito (Vaz Serra, 1985), são dois instrumentos do tipo auto-relato disponíveis para avaliar a auto-estima e o autoconceito. Por seu lado Brown, Bifulco, Veiel e Andrews (1990), num seu estudo sobre os correlatos sociais da auto-estima e depressão, utilizaram um índice derivado de afirmações auto-desvalorizadoras proferidas durante uma entrevista pelas pessoas estudadas, designado por Negative Evaluation of Self (NES).

Em suma, se se pretender medir a auto-estima das pessoas por relação com a depressão, pode recorrer-se a instrumentos estandardizados ou não, que fornecem dados sobre o modo como a pessoa se auto-avalia em termos de valor pessoal, uma área que sabemos crucial na depressão.

Numa perspectiva da psicopatologia cognitiva as perturbações emocionais estão directamente relacionadas com as cognições irracionais. Neste sentido desenvolveram-se alguns instrumentos de modo a avaliar o tipo de cognições dominantes no sujeito. A Disfuncional Attitudes Scale (DAS, Weissman & Beck, 1978) é um desses instrumentos e mede de atitudes como a onnipotência, a necessidade de aprovação pelos outros ou o perfeccionismo, tendo sido amplamente usada, nomeadamente na avaliação da eficácia da Terapia Cognitiva da Depressão (e.g. Keller, 1983). Por seu lado o Cognitive Bias Questionnaire (CBQ, Hammen & Krantz, 1976) mede processos irracionais como inferências ou supergeneralizações. Em consonância com o modelo reformulado do desânimo aprendido, o Attributional Styles Questionnaire (ASQ, Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979) procura caracterizar as atribuições causais para acontecimentos positivos e negativos; enquanto outros instrumentos como o Automatic Thought Questionnaire (ATQ; Hollon & Kendall, 1980) e o Cognitive Response Test (CRT, Watkins & Rush, 1983) têm uma grande utilidade na avaliação cognitiva dos sujeitos deprimidos uma vez que retractam as cognições de tipo depressogénico.

Referiremos, ainda no âmbito dos instrumentos que permitem avaliar características cognitivas, a Hopelessness Scale (HS; Beck, Weissman et al, 1974), uma escala que avalia o pessimismo em geral. Apesar de os estudos realizados pelos autores apontarem para uma boa relação entre os resultados desta escala e medidas de depressão, ela parece constituir um melhor preditor do suicídio do que as próprias escalas de depressão (cf. Parks & Hollon, 1988 para uma revisão da literatura).

Para além da auto-estima e das cognições ou pensamentos disfuncionais, as orientações de personalidade em termos de dependência ou sociotropia e de autocrítico ou autonomia, têm sido relacionadas com a vulnerabilidade para a depressão. Alguns autores têm apontado para a possibilidade de diferenciar dois tipos de depressão com base na experiência fenomenológica do indivíduo deprimido. Autores de orientação psicodinâmica (Blatt, 1974, 1990; Arieti & Bemporad, 1978, 1980; Bowlby, 1980), cognitiva (Beck, 1983), ou narrativa (Hermans & Hermans-Jansen, 1995) sugeriram a existência de uma forma de depressão do tipo dependente ou anaclítica, organizada a partir da experiência de perda; e uma outra de orientação mais autónoma ou introjectiva, em que é central a questão da auto-estima e a experiência de fracasso<sup>2</sup>.

Quer a equipa de Blatt, quer a equipa de Beck desenvolveram instrumentos do tipo auto-relato, com vista a avaliar estas dimensões. O Depressive Experience Questionnaire (DEQ, Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976) é uma escala com 66 itens que correspondem a vários tipos de sentimentos (relacionamento com os outros, sentimentos acerca de si próprio, escolhas na vida) e cuja análise factorial sugere três factores: dependência (orientação externa, para as relações interpessoais, com domínio dos temas de abandono, perda, sentir-se só e abandonado, desejar estar próximo ou dependente de outros), autocrítico (auto-reflexão, preocupações com sentimentos de culpa, de vazio e insegurança, com sensações de insatisfação e incapacidade, medo de falhar, vergonha e culpa em relação a si) e eficácia (confiança em si próprio, responsabilidade e força interna - relaciona-se negativamente com o afecto negativo). Por seu lado o Sociotropy-Autonomy Scale (SAS, Beck, Epstein, Harrison, & Emery, 1983) tem 60 itens e 2 factores: sociotropia (preocupação com a avaliação de si pelo outro, preocupação com a vinculação/separação e agradabilidade social), e autonomia (realização autónoma, liberdade de acção sem controlo dos outros e preferência pela solidão).

A utilização destes instrumentos em investigação com deprimidos tem vindo a sugerir que parece existir uma maior relação entre a orientação de personalidade do tipo dependente/sociotrópico e a depressão, do que entre esta e a orientação de personalidade do tipo autónomo/introjectivo (para uma revisão cf. Cardoso, 1998).

Apresentamos até agora uma diversidade de instrumentos que podem ser utilizados quer em contextos clínicos quer em investigação quando se procura avaliar a presença de sintomas de depressão ou de características que tem mostrado estar associadas ao desenvolvimento da depressão. Apesar da utilidade destes instrumentos, perspectivas mais recentes têm salientado a necessidade de ir para além de modelos descritivos, apontando como alternativa o recurso a metodologias que possam elucidar acerca da construção de significados nesta psicopatologia.

### Modelos de avaliação centrados na compreensão da experiência depressiva

A avaliação centrada nos sintomas da depressão parte do princípio de que existem entidades nosológicas e de que para fim de investigação ou de modo a tomar

<sup>2</sup> Acerca deste tema consultar Maia e Gonçalves (1999)

decisões clínicas, é necessário fazer diagnósticos. Outras perspectivas, no entanto, têm procurado questionar a excessiva importância atribuída aos sistemas nosológicos por eles serem meramente descritivos e nada acrescentarem no sentido de compreender a pessoa, o modo como os sintomas se poderão ter desenvolvido ou o seu significado para a pessoa avaliada. Assim se passamos dos modelos mais positivistas, dominados por abordagens que valorizam a objectividade e os dados quantitativos, para os modelos mais pós-modernos, menos interessados em medir, mas mais interessados em dar espaço ao próprio ser humano para ele elaborar o significado das suas próprias vivências, podemos encontrar algumas metodologias qualitativas relevantes para compreender a experiência depressiva. Aqui abordaremos as metodologias narrativas.

Numa perspectiva narrativa o ser humano procura dar sentido às suas experiências organizando-as sob a forma de narrativa, isto é, procura dar-lhes sentido construindo histórias. Se, atendendo à diversidade dos contextos de vida e das experiências, normalmente estas histórias são bastante diversas, no caso da psicopatologia existe aquilo que se poderia designar por rigidez narrativa: a diversidade das experiências é concentrada num só significado (Gonçalves, Korman, & Angus, 2000). Por exemplo, na depressão o tema da tristeza, abandono ou culpa tornam-se dominantes.

Neste quadro conceptual a autora realizou um estudo (sob orientação de O. Gonçalves) com sujeitos clinicamente deprimidos que procurou aprofundar o conhecimento sobre o modo como os deprimidos organizam e dão significado às suas experiências mais significativas. Para isso foi pedido a deprimidos para contarem experiências da sua vida, procurando não só obter relatos completos dos factos associados à experiência, mas igualmente do significado atribuído a essa experiência e do seu impacto para a vida do sujeito. Procurou-se assim obter informações acerca dos áreas que compõem a gramática narrativa de Mandler (1984): contexto, precipitante, resposta interna, objectivo, acção, resultado, fim.

As entrevistas foram transcritas e analisadas utilizando a *grounded analysis* (Rennier, Philips & Quartaro, 1988), tendo-se verificado que, tal como

prevíamos atendendo à rigidez de conteúdos e processos de construção de significados associados à psicopatologia, a observação destas experiências relatadas pelos sujeitos permitiu construir uma narrativa protótipo. Esta narrativa composta pelas categorias comuns à maior parte dos sujeitos deprimidos foi depois apresentada a sujeitos normais e outros deprimidos, bem como a uma amostra de psicoterapeutas, tendo sido considerada pelos sujeitos deprimidos e pelos psicoterapeutas como uma narrativa típica da depressão (cf. Maia, 1998).

Em suma, utilizando uma metodologia qualitativa, foi possível aceder às construções de significado da população deprimida, dando assim origem a uma forma de conhecimento baseada na própria experiência de *ser* deprimido.

## CONCLUSÃO

Atendendo à variedade de contextos em que se pode exercer a actividade clínica ou de investigação, a diversidade de modelos teóricos em que podemos conceptualizar o nosso trabalho, e mesmo multiplicidade de que se reveste a própria experiência depressiva, a familiaridade e o recurso a modelos e instrumentos variados poderá ser a forma mais viável de abordar a depressão.

Neste trabalho partimos das metodologias descritivas, baseadas em métodos quantitativos, o que os torna mais rápidos e económicos, para as metodologias qualitativas, do tipo compreensivo. Embora estas últimas sejam mais exigentes em termos de tempo, a sua centração na experiência do sujeito deprimido permite o acesso às formas de construção de significado predominantes na psicopatologia.

Seja qual for a nossa escolha (sabendo que as metodologias não são incompatíveis) temos de ter consciência de que os resultados *que* obtemos não são independentes das metodologias *com* que os obtemos. Esta influência do observador e das suas metodologias sobre o conhecimento produzido ainda que seja um facto, não deve ser considerado como um obstáculo mas antes como um desafio decorrente da nossa liberdade para escolher.

## Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM - (Fourth Edition)*. Washington, DC: Author.

- BECH, P. & RAFAELSEN, O. J. (1980). The use of rating scales exemplified by the comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scales. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 128-131.
- BECH, P. & RAFAELSEN, O. J. (1986). The melancholia scale: development, consistency, validity and utility. In *Assessment of depression*, N. Sartorius & T.A. Ban (Eds.), Berlin, Springer-Verlag.
- BECK, A. T., EPSTEIN, N.; HARRISON, R. & EMERY, G. (1983). *Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology*. Unpublished manuscript, Philadelphia: University of Pennsylvania (SAS).
- BECK, A. T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D. & TREXLER, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- BLATT, S. J. ; D'AFFLITI, J.P. & QUINLAN, D.M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 383-389.
- BROWN, G. W., BIFULCO, A., VEIEL, H.O.F. & ANDREWS, B. (1990). Self-esteem and depression. II. Social correlates of self-esteem. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 225-234.
- CARDOSO, F.M.S. (1998). *Depressão e dimensões de personalidade de sociotrofia - autonomia*. Tese de mestrado apresentada à Universidade de Coimbra.
- DEMPSY, P.A. (1964). Unidimensional depression scale for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 364-370.
- DEROGATIS, L. & SPENCER, P. (1982). *The Brief Symptoms Inventory (BSI): Administration, scoring and procedure manual* – I. Baltimore, M.D.: Clinical Psychometric Research.
- DEROGATIS, L., LIPMAN, R. & COVI, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- DI NARDO, P. A. & BARLOW, D. H. (1985). *Anxiety Disorders interview schedule - Revised (ADIS-R)*. State University of New York at Albany: Phobia and Anxiety Disorders Clinic.
- GONÇALVES, O. F., KORMAN, L. & ANGUS, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In R. A. Neimeyer & J. B. Raskin (Eds.) *Constructions of disorder*. Washington D.C.: APA Press.
- HAMILTON, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-63.
- HAMILTON, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- HAMMEN, C.L. & KRANTZ, S. (1976). Effect of success and failure on depressive cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 577-586.
- HOLLON, S.D. & KENDALL, P.C. (1980). Cognitive self statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-397.
- KELLER, K.E. (1983). Disfunctional attitudes and the cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 437-444.
- KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN, C. L. & INGRAM, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- LUBIN, B. (1965). Adjective Checklists for measurements of depression. *Archives of General Psychiatry*, 12, 57-62.
- LUBIN, B. (1967). *Manual for the Depression Adjective Check List*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- MAIA, A. & GONÇALVES, O.F. (1999). *Tipos de depressão: questões teóricas, formas de avaliação e resultados de um estudo com sujeitos deprimidos*. In A.P. Soares; S. Araújo e S. Caires (Org.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (vol VI) (pp. 203-214). Braga: Apport. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- MAIA, A. C. (1988). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho.
- MANDLER, J. (1984). *Scripts, stories and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, N.Y. Earlbaum.
- MONTGOMERY, S.A. & ASBERG, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British*

- Journal of Psychiatry*, 134, 384-389.
- PARKS, C.W. & HOLLON, S.D. (1988). Cognitive Assessment. In A.S. Bellack & M. Hersen, *Behavioral assessment, a practical handbook*. Boston: Allyn & Bacon.
- RAMALHEIRA, A. C. P. (1997). Introdução à epidemiologia das perturbações depressivas: revisão de dados de estudos de base populacional. *Psiquiatria na Prática Médica*, 10, 5-29.
- ROBINS, L. E.; HELZER, J. E.; CROUGHAN, J.; WILLIAMS, A. & SPITZER, R.L. (1981). National Institute of Mental Health Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 38: 381-389.
- ROBINS, L., WING, J. WITTCHEN, H.U., HELZER, J.E., BABOR, T.F., BURKE, J. FARMER, A., JABLENSKI, A., PICKENS, R., REGIER, D.A., SARTARIOUS, N.; TOWLE, L.H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- ROSEMBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.H: Princeton University Press.
- SELIGMAN, M.E.P.; ABRAMSON, L.Y. SEMMEL, A. & VON BAEYER, C. (1979). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- SNAITH, P. (1993). What do depression rating scales measure? *British Journal of Psychiatry*, 163, 293-298
- SPITZER, R. L. S. & WILLIAMS, J. B. W. (1980). Classification in psychiatry. In H. I. Kaplan, A.M. Freeman & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimor, MD: Williams & Wilkins.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J. & ROBINS, E. (1978). Research diagnostic criteria (RDC) rational and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J.B.W, GIBBON, M. *et al*: The structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), I: history, rational and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 625-629.
- VAZ SERRA, A. & PIO ABREU, J.L. (1973a). Aferição dos Quadros Clínicos Depressivos I. – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos - *Coimbra Médica*, XX, (VII),
- VAZ SERRA, A. & PIO ABREU, J.L. (1973b). Aferição dos Quadros Clínicos Depressivos II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, XX, (VII), 713-736.
- VAZ SERRA, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- VAZ SERRA, A. (1994). *IACLID. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- WATKINS, J.T. & RUSH, A.J. (1983). Cognitive Response Test. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 425-435.
- WEISSMAN, A. & BECK, A.T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation. Comunicação apresentada no encontro anual da American Educational Research Association, Toronto.
- WING, J. COOPER, J. & SARTARIOUS, N. (1978). *The measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the Present State Examination and CATEGO Programme*, London: Cambridge University Press.
- ZUCKERMAN, M. & LUBIN, B. (1980). *Manual for the Multiple Affect Adjective Check List*. Newark: University of Delaware.
- ZUNG, W.W.K. (1965). A self rating depression scale – *Archives of General Psychiatry*, 12, 65-70.