

ANTECIPAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NA DEPRESSÃO: Dois Conceitos Cognitivos?*

F. CAVAGLIA, A. MATOS PIRES, F. ARRIAGA
Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Com este estudo pretende investigar-se a relação entre as predições negativas e a qualidade de vida em doentes com o diagnóstico de perturbação distímica e de depressão *major* não melancólica segundo o DSM-IV, na ausência de qualquer perturbação da personalidade. A relação entre a antecipação e a qualidade de vida (QoL) são também avaliadas.

Os resultados sugerem que ambas, cognições antecipatórias e QoL, discriminam as duas entidades clínicas em estudo e que muito provavelmente têm algum potencial discriminativo em termos nosológicos.

É curioso observar o comportamento similar dos dois conceitos, antecipação e QoL, quando avaliadas com escalas apropriadas. Para além disso, a forte correlação mútua sugere uma proximidade conceptual importante ou uma validade de critério do tipo concorrente. Em conclusão, a possibilidade de que os dois conceitos pertençam a domínios cognitivos afins não está fora de discussão.

Palavras-chave: antecipação, qualidade de vida, depressão

*O presente trabalho obteve o primeiro lugar do "Prémio Antecipação 1997"

SUMMARY

ANTICIPATION AND QUALITY OF LIFE: TWO COGNITIVES CONCEPTS?

This study purports to investigate the relation between negative predictions and quality of life occurring in dysthymia and non-melancholic depression according DSM-IV, in the absence of any personality disorders. The relation between anticipation and quality of life (QoL) is also examined.

The results suggest that both anticipatory cognitions and the QoL discriminate the two depressive entities and may have some nosological prediction potential.

It is curious to observe the similar behaviour of the two concepts, anticipation and QoL, when implemented with the chosen scales. Moreover, their strong mutual correlation suggests a conceptual proximity or even a concurrent criteria validity. In conclusion, the possibility that both concepts belong to a cognitive sphere should not be ruled out.

Key words: anticipation; quality of life; depression

INTRODUÇÃO

A antecipação pode ser definida como a capacidade de vivenciar no presente situações futuras¹, associando-se-lhe uma valoração de carácter positivo ou negativo. Antecipar significa igualmente formular previsões. Alguns autores defendem que o passado afecta o futuro na medida que determina os pensamentos de um modo geral e a antecipação do futuro em particular, enquanto outros sustentam que este mecanismo cognitivo se encontra *enviesado* nos doentes deprimidos, no sentido de um predomínio de previsões negativas².

A antecipação enquanto conceito integra-se, sem dificuldade, nos modelos cognitivos da depressão, constituindo assim um mecanismo cognitivo elegante ao qual se agregam inúmeras questões. Por exemplo, não é de todo claro o carácter primário ou secundário deste evento, apesar da eficácia das manipulações cognitivas na depressão indiciarem a possibilidade de algumas formas do adoecer depressivo apresentarem uma raiz cognitiva. Continua também por esclarecer se o fenómeno é influenciado pela intensidade do estado depressivo, por aspectos sintomáticos particulares ou ainda por factores relacionados com a personalidade ou com características cognitivas prévias.

A antecipação é, assim, simultaneamente concebida como sintoma e mecanismo patogénico da depressão. Esta dupla posição não é caso isolado no universo dos atributos depressivos, o mesmo acontecendo com outros conceitos e nomeadamente com o de qualidade de vida.

Não é fácil gerar uma descrição holística e coerente das necessidades, expectativas e desejos da espécie humana. Transposta esta dificuldade para o conceito de qualidade de vida, daí resultam definições várias.

No presente texto entende-se qualidade de vida como sendo uma sensação de bem estar e de satisfação que compreende uma apreciação positiva do funcionamento geral, baseada numa adequada resolução das necessidades.

Não parecem ser os atributos das actividades desenvolvidas o que sustenta a qualidade de vida, mas antes o julgamento individual dessas mesmas actividades. Isto é, o que é importante não é tanto o que se faz, mas sim como alguém se sente por o ter feito. Citando Joyce³: *a qualidade de vida é sujeita a muitas influências que diferem quantitativa e qualitativamente de pessoa para pessoa, e até na mesma pessoa podem variar de momento a momento*. A avaliação subjectiva dos factos emerge como o principal atributo deste conceito. Kirshner e Guyatt⁴ definem qualidade de vida como sendo a forma como uma pessoa se sente e lida com as actividades quotidianas. Para estes autores o fundamental é a presença de um bem

estar subjectivo e de um bom funcionamento diário.

Para Kaplan et al⁵ o grau de satisfação com a vida define uma sensação de bem-estar, que por sua vez representa a qualidade de vida. A noção geral^{6,7} baseia-se no pressuposto de que o funcionamento quotidiano é nesta questão conceptual avaliado individualmente, traduzido num determinado grau de satisfação e vivenciado como bem-estar ou não. A esta experiência vivencial chamar-se-ia qualidade de vida.

Deduz-se, do que atrás foi descrito, que o conceito de qualidade de vida é contíguo de várias unidades semânticas designadas da seguinte forma: necessidades, satisfação de necessidades, funcionamento individual, julgamento individual e sensação de bem-estar. Para estes autores a sensação final seria o culminar de todo um processo integrativo.

A qualidade de vida, a prosperidade e a saúde, enquanto designações, são com frequência utilizadas com o mesmo sentido. Todavia, na segunda metade do século a sociedade ocidental mostrou que um aumento da prosperidade não se acompanha obrigatoriamente de uma melhor qualidade de vida. Por sua vez, o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revela-se abrangente, incluindo quase na totalidade o conceito de qualidade de vida. Assim, aparte as sobreposições que permitem uma pretensa sinonímia, estas denominações devem ser distinguidas.

A qualidade de vida subjectiva corresponde à cotação do próprio indivíduo da sua satisfação nas várias áreas que constituem o quotidiano. Uma deficiente qualidade de vida pode confundir-se com sintomas próprios da depressão (por exemplo com a anedonia) ou outras condições a ela associadas, pelo que se têm feito esforços no sentido de estabelecer a validade do constructo face a variáveis psicopatológicas e psicossociais.

As escalas de qualidade de vida cobrem as várias áreas de funcionamento do indivíduo. Algumas delas são o *elan vital* (energia/vitalidade), a função cognitiva, a vida interpessoal, o estado de alerta, o desempenho laboral e familiar, a satisfação com a vida em geral e o absentismo.

Se bem que as incapacidades funcionais se correlacionem positivamente com os sintomas depressivos, nem sempre o *status* funcional evolui paralelamente com a severidade sintomática⁸.

Não é difícil aceitar como provável a hipótese de que os doentes psiquiátricos com patologia crónica, nomeadamente depressiva, apresentem uma qualidade de vida pior consoante o subtipo depressivo. Outro aspecto a explorar é o de saber até que ponto existe uma covariação entre a qualidade de vida e outros constructos

psicopatológicos, fenomenológicos e cognitivos, como seja a antecipação.

Perante a dificuldade em distinguir subtipos de perturbações depressivas utilizando variáveis psicopatológicas, revela-se aliciente o recurso a medidas não necessariamente psicopatológicas ou definidas como tal mas que por hipótese revelam algum potencial discriminante intrínseco, como é o caso da antecipação e da qualidade de vida.

Decidimos, assim, estudar a antecipação e qualidade de vida na perturbação distímica e depressiva *major*. No presente trabalho é também investigada a covariação destas variáveis com medidas da depressão, incluindo avaliações da intensidade global.

MATERIAL E MÉTODOS

MATERIAL

Os indivíduos que constituem as amostras foram recrutados na consulta externa de psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, onde eram assistidos em ambulatório. Todos os participantes foram informados sobre as finalidades do estudo e sobre os métodos aplicados, tendo sido obtido o seu consentimento expresso.

Uma das amostras é constituída por doentes com o diagnóstico de perturbação depressiva *major*, do tipo recorrente, com severidade ligeira, moderada ou grave sem sintomas psicóticos e com remissões inter-episódicas parciais ou totais, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV⁹. Na altura das avaliações todos os doentes deste grupo preenchiem os critérios diagnósticos de episódio depressivo *major*. Considerou-se condição de exclusão a presença de um dos seguintes atributos, segundo as respectivas definições do DSM-IV: curso crónico, características catatónicas, melancólicas ou atípicas associadas, início no pós-parto e existência de um padrão sazonal.

A segunda amostra de doentes apresentava um diagnóstico de perturbação distímica, de início tardio e sem características atípicas associadas.

Foram excluídos doentes com o diagnóstico de depressão dupla segundo o DSM-IV por este grupo de doentes apresentar uma duplicidade diagnóstica de significado ambíguo. Foram também excluídos do grupo de distímicos os doentes nos quais, antes do início da sua perturbação distímica, fossem conhecidos critérios de diagnóstico para episódio depressivo *major*.

Estes procedimentos de selecção, bem como a utilização de definições diagnósticas restritivas, visaram a constituição de amostras homogéneas dos pontos de vista clínico e diagnóstico, tendo em conta que o conceito de

perturbação distímica e de perturbação depressiva *major* abrange um grupo heterogéneo de situações.

Foram estudadas, desta forma, duas amostras homogéneas para as condições impostas de doentes com diagnósticos de perturbação depressiva *major* (n=20) e perturbação distímica (n=19), segundo os critérios do DSM-IV.

Para além dos critérios diagnósticos, recorreu-se a medidas psicométricas na definição das amostras. A selecção final dependeu das notas obtidas na escala de Hamilton para a depressão (HRSD) e no inventário da depressão de Beck (BDI). Os critérios psicométricos definiam como critério para a identificação de um estado depressivo notas totais do HRSD e BDI iguais ou superiores a 17 e 15, respectivamente. Adoptaram-se estes valores de corte por serem os utilizados com idêntica finalidade noutras investigações.

Os critérios gerais de inclusão foram os seguintes: critérios de diagnóstico de perturbação distímica ou de perturbação depressiva *major* segundo o DSM-IV (subtipos e especificadores discriminados acima); idade compreendida entre os 30 e os 55 anos; sexo feminino; duração da doença superior ou igual a três anos; os casos deveriam consentir sujeitar-se às avaliações do protocolo, serem capazes de comunicar eficazmente com o investigador e compreender o que lhes era pedido. Em relação à amostra de doentes com perturbação depressiva *major*, um mínimo de dois episódios depressivos *major* foi requerido.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: doentes com outros diagnósticos no eixo I do DSM-IV para além da patologia alvo; perturbação da personalidade segundo os critérios diagnósticos do eixo II do DSM-IV; presença de diagnóstico no eixo III do DSM-IV; doença neurológica no passado; antecedentes de traumatismos cranianos e atraso do desenvolvimento psicomotor e/ou intelectual; doentes grávidas ou em período de amamentação; notas inferiores a 17 na escala de Hamilton para a depressão; notas inferiores a 15 no inventário da depressão de Beck; pertencerem às classes I e V da escala de GRAFFAR.

As duas amostras assim constituídas são comparáveis em relação a características pessoais e demográficas, biotipo, consumo de tóxicos, uso de anticonceptivos orais, idade de início e duração da doença, modo de início e factores associados à doença, medicação actual e internamentos prévios.

Optou-se por não controlar a severidade sintomática em virtude de este procedimento metodológico produzir porventura duas amostras artificiais de distímicas graves e de deprimidas *major* com depressões ligeiras, não representativas das respectivas populações.

MÉTODOS

Todos os indivíduos foram submetidos a uma avaliação da qual constava a recolha de uma história clínica e a aplicação de um conjunto de instrumentos para estudo da sintomatologia depressiva, da antecipação e da qualidade de vida.

Em todos os casos foram aplicados o *Questionnaire des Cognitions Anticipatoires* (QCA)², *Quality of Life in Depression Scale* (QLDS)¹⁰, a escala de Hamilton para a depressão (HRSD - 17 itens)¹¹, o *Beck Depression Inventory* (BDI)¹² e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)¹³.

DESENHO GERAL DO ESTUDO

Foi realizado um estudo clínico preliminar, para verificação dos critérios de selecção e constituição das amostras. Num prazo não superior a três dias, procedeu-se a avaliações clínicas e psicométricas, simultaneamente para descrição das amostras e obtenção de informação relativa ao conjunto de variáveis dependentes. Estas avaliações foram feitas em duas sessões, no mesmo dia, com emprego dos instrumentos referidos no ponto anterior.

O desenho foi concebido de modo a permitir estudos de correlações entre os valores das medidas de antecipação e de qualidade de vida com índices psicométricos do estado depressivo. Igualmente autoriza uma investigação comparativa entre os dois grupos diagnósticos em estudo para a antecipação e qualidade de vida e um estudo de correlação das duas medidas entre si.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram aplicados a análise de variância de um critério (ANOVA), segundo recomenda Siegel¹⁴, para efeitos da comparação entre os dois grupos; foram também feitos estudos de correlação com o coeficiente de correlação produto momento de Bravais-Pearson¹⁵.

Quadro I - QCA e QLDS (média e DP)

	Pert. depressiva major (n=20)	Pert. distímica (n=19)	ANOVA F	p
QCQ - Total	16.55±3.52	11.95±4.52	12,69	<0.001
QLDS - Total	22.40±7.05	16.42±8.57	5,7	<0.025

Estudos comparativos da perturbação distímica v.s a perturbação depressiva major (ANOVA)

RESULTADOS

São apresentados os resultados da comparação entre os grupos de deprimidas *major* e distímicas relativos à antecipação e qualidade de vida.

Quadro II - Correlações do QCA e QLDS com os itens do BDI

	QCA		QLDS	
	r	r2	r	r2
BDI - 1	0.39 a	0,152	0.443 b	0,196
BDI - 2	0.472 b	0,223	0.397 a	0,157
BDI - 3	0.541 c	0,293	0.414 b	0,171
BDI - 4	0.581 c	0,338	0.453 b	0,206
BDI - 5	0,23	0,053	0.345 a	0,119
BDI - 6	-0,202	0,041	-0,059	0,004
BDI - 7	0.331 a	0,11	0,257	0,066
BDI - 8	0,273	0,075	0,27	0,073
BDI - 9	0.422 b	0,178	0.558 c	0,311
BDI - 10	0,284	0,081	0,154	0,024
BDI - 11	0,281	0,079	0,224	0,05
BDI - 12	0,079	0,006	0,268	0,072
BDI - 13	0.371 a	0,138	0.572 c	0,328
BDI - 14	0,294	0,087	0.416 b	0,173
BDI - 15	0.461 b	0,213	0.554 c	0,307
BDI - 16	-0,04	0,002	-0,056	0,003
BDI - 17	0,309	0,095	0.391 b	0,153
BDI - 18	0.448 b	0,201	0.375 b	0,14
BDI - 19	0.363 a	0,132	0,254	0,065
BDI - 20	0.546 c	0,298	0.436 b	0,19
BDI - 21	0,275	0,076	0.464 b	0,206
BDI - Total	0.659 c	0,435	0.69 c	0,476

Níveis de significância em função do tamanho da amostra e dos coeficientes de correlação:

a: $p < 0.05$; b: $p < 0.01$; c: $p < 0.001$.

De seguida mostram-se os os resultados do estudo de correlações entre as variáveis relativas à antecipação e à qualidade de vida com as variáveis psicométricas destinadas a avaliar a depressão nos dois grupos de doentes deprimidas. Finaliza-se mostrando a correlação obtida entre a medida de antecipação e a de qualidade de vida.

Nos estudos de correlação, para além do grau e direcção, são calculados os coeficientes de determinismo (r^2).

ESTUDO DIFERENCIAL

Os valores médios da medida de antecipação, bem como a respectiva dispersão, obtidos nas amostras de deprimidas *major* e distímicas são apresentados no Quadro I, do qual constam também os resultados da comparação estatística intergrupos. A comparação entre deprimidas *major* e distímicas mostrou diferenças significativas ($p < 0.001$) e os valores mais elevados (antecipação mais perturbada) pertencem ao grupo de deprimidas *major*.

Os valores médios da QLDS-Total, bem como o desvio padrão e o resultado da comparação estatística intergrupos estão representados no mesmo quadro. A comparação intergrupos mostrou diferenças estatística-

mente significativas nos dois grupos ($p < 0.025$). Valores superiores da QLDS-Total (maior perturbação da qualidade de vida) encontram-se no grupo de deprimidas *major*.

ESTUDO CORRELACIONAL

Nos dois grupos diagnósticos estudaram-se as correlações entre as medidas de antecipação e de qualidade de vida com os instrumentos de medida de depressão.

No Quadro II são apresentados os resultados do estudo de correlações entre as variáveis do BDI e a medida de antecipação. Observam-se correlações significativas e positivas com os itens *B1* ($r = 0.39$; $p < 0.05$), *B2* ($r = 0.472$; $p < 0.01$), *B3* ($r = 0.541$; $p < 0.001$), *B4* ($r = 0.581$; $p < 0.001$), *B7* ($r = 0.331$; $p < 0.05$), *B9* ($r = 0.422$; $p < 0.01$), *B13* ($r = 0.371$; $p < 0.05$), *B15* ($r = 0.461$; $p < 0.01$), *B18* ($r = 0.448$; $p < 0.01$), *B19* ($r = 0.363$; $p < 0.05$) e *B20* ($r = 0.546$; $p < 0.001$). Destacam-se contudo, pelo valor do r , os itens *B3*, *B4* e *B20*. Como seria de esperar os valores do QCA correlacionam-se também significativa e positivamente com o *BDI-Total* ($r = 0.659$; $p < 0.001$).

No mesmo quadro inscrevem-se as correlações da QLDS com o BDI. Existem correlações significativas com os itens *B1* ($r = 0.443$; $p < 0.01$), *B2* ($r = 0.397$; $p < 0.05$), *B3* ($r = 0.414$; $p < 0.01$), *B4* ($r = 0.453$; $p < 0.01$), *B5* ($r = 0.345$; $p < 0.05$), *B9* ($r = 0.558$; $p < 0.001$), *B13* ($r = 0.572$; $p < 0.001$), *B14* ($r = 0.416$; $p < 0.01$), *B15* ($r = 0.554$; $p < 0.001$), *B17* ($r = 0.391$; $p < 0.01$), *B18* ($r = 0.375$; $p < 0.01$), *B20* ($r = 0.436$; $p < 0.01$) e *B21* ($r = 0.464$; $p < 0.01$). Salientam-se pelo grau de correlação os itens *B9*, *B13* e *B15*. O valor da QLDS correlaciona-se também significativa e positivamente com o *BDI-Total* ($r = 0.69$; $p < 0.001$).

Os resultados do estudo de correlações entre os valores obtidos com o QCA e a QLDS e os factores extraídos do IACLIDE são apresentados no Quadro III. Detectam-se correlações significativas e positivas da medida de antecipação com o *Factor 1* ($r = 0.687$; $p < 0.001$), *Factor 2* ($r = 0.449$; $p < 0.01$) e *Factor 3* ($r = 0.350$; $p < 0.05$). De

salientar o valor do r obtido na correlação entre o *Factor 1* com ambas as variáveis em estudo ($r = 0.687$ para o QCA e $r = 0.689$ para a QLDS). No caso da medida de qualidade de vida existe também uma correlação positiva e significativa com o *Factor 4* ($r = 0.326$; $p < 0.05$), para além das correlações de igual sentido e direcção com o *Factor 1* ($r = 0.689$; $p < 0.001$), *Factor 2* ($r = 0.559$; $p < 0.001$) e *Factor 3* ($r = 0.522$; $p < 0.001$).

DISCUSSÃO

No que respeita ao estudo diferencial das duas entidades nosológicas, o questionário de cognições antecipatórias empregue detecta diferenças significativas entre as amostras estudadas; o mesmo se passa com a escala de qualidade de vida utilizada. Estes resultados indiciam que pelo menos uma parte do funcionamento cognitivo está mais comprometido na perturbação depressiva *major* face à perturbação distímica. É de referir que em estudos prévios salientámos a escassez de diferenças no plano psicopatológico entre estas duas formas de patologia depressiva¹⁶.

A antecipação e a qualidade de vida, operacionalizadas na forma do QCA e da QLDS, parecem apresentar também um valor preditivo quanto aos subtipos depressivos em estudo. Se bem que esperado, este achado leva-nos a questionar o valor etiopatogénico e dimensional da antecipação e da qualidade de vida, bem como a sua relação com outros conceitos fenomenológicos, psicopatológicos e cognitivos.

A melhoria da antecipação em doentes sujeitos a tratamentos psicofarmacológicos e evoluções favoráveis em doentes submetidos a manipulações cognitivas dirigidas aos mecanismos da antecipação¹⁷ sugerem um carácter dual (epifenómeno depressivo e sintoma primário) dos fenómenos cognitivos da depressão. Em relação ao fenómeno da antecipação, Sutter¹⁸ admitiu tratar-se de um mecanismo cognitivo relevante no plano patogénico.

De forma a averiguar a direcção e o grau de relação da antecipação e da qualidade de vida com variáveis do BDI e do IACLIDE, aplicou-se o método correlacional. No caso do QCA, as correlações obtidas evidenciam uma relação estreita entre a medida de antecipação e os itens *B3* (fracasso pessoal), *B4* (insatisfação) e *B20* (preocupação com a saúde) do BDI. Com os valores da QLDS emerge a covariação com os itens *B9* (tendência suicida), *B13* (indecisão) e *B15* (dificuldade no trabalho) do mesmo inventário.

O *Factor 1* (sintomas de tipo endógeno), o *Factor 2* (indiciador de uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio) e o *Factor 3* (constelação suicida) do IACLIDE

Quadro III - Correlações do QCA e QLDS com os factores do IACLIDE

	QCA		QLDS	
	r	r ²	r	r ²
Factor 1	0.687 c	0,472	0.689 c	0,474
Factor 2	0.449 b	0,202	0.559 c	0,312
Factor 3	0.350 a	0,123	0.522 c	0,273
Factor 4	0,253	0,064	0.326 a	0,106
Factor 5	0,133	0,018	0,026	0,001

Níveis de significância em função do tamanho da amostra e dos coeficientes de correlação:
a: $p < 0.05$; b: $p < 0.01$; c: $p < 0.001$.

apresentam igualmente uma relação estreita com as medidas de antecipação e qualidade de vida. A ausência de sintomas ditos endógenos é condição necessária, mas não suficiente, para uma percepção de bem-estar. Ou seja, aceitamos sem estranheza uma alteração da antecipação e da qualidade de vida, com carácter reactivo, no decurso de uma depressão endógena ou pelo menos de uma depressão em que a constelação sintomática característica da endogeneidade seja aparente.

Positivamente com o *BDI-Total*. Contudo, não deixa de ser notável que a severidade sintomática se relacione apenas de modo moderado, e não intensamente, com a antecipação e a qualidade de vida (como se depreende dos respectivos coeficientes de determinismo). É entre elas (QCA e QLDS) que se extrai a correlação mais elevada. O coeficiente de determinismo é de tal forma elevado que se houver uma variação de dez pontos numa será previsível uma variação de sete pontos na outra.

Tal padrão de correlações configura um grupo sintomático mais relacionado com os dois constructos teóricos sujeitos a estudo. Estes por sua vez, e cingindo os resultados aos grupos nosológicos estudados, comportam-se de forma semelhante e relacionam-se intimamente. É curioso que, face aos resultados, facilmente se evoque o modelo cognitivo da depressão do Beck e até as suas reflexões acerca da suicidalidade.

CONCLUSÃO

Tanto o conceito de antecipação como o de qualidade de vida apresentam domínios semânticos relativamente bem definidos. No entanto, a operacionalização destas medidas enferma de dificuldades semelhantes. Sem colocar em causa a validade facial dos instrumentos empregues (QCA e QLDS), a relativa pobreza de escalas afins dificulta a definição da validade de critério, assim como da validade concorrente. Acresce ainda que, na ausência parcial de um corpo teórico robusto que permita prever o comportamento das medidas sobre as quais nos debruçámos, está também dificultada a validação de constructo dos instrumentos em questão.

Pensamos, pois, que se revela necessário aprofundar o estudo desta relação entre a qualidade de vida e outros conceitos cognitivos, dos quais a antecipação é um

exemplo, de forma a clarificar o eventual lugar da variável no grupo das alterações cognitivas da depressão.

BIBLIOGRAFIA

1. SUTTER J, BERTA M: *L'Anticipation et ses Applications Cliniques*. Paris: Presses Universitaires de France 1991
2. LÉGERON P, RIVIÈRE B, MARBOUTIN JP, ROCHAT C: The anticipatory cognitions questionnaire (ACQ). *Présentation and validation*. *L'Encéphale* 1993; XIX: 11-16
3. JOYCE CRB: *Quality of Life. A framework for clinical trials*. London: Quality of Life Workshop 1990
4. KIRSHNER B, GUYATT GA: *Methodological framework for assessing health indices*. *Journal of Chronic Disorders* 1985; 38: 27-36
5. KAPLAN RM, BUSH JW, BERRY CC: *Health Status: types of validity for an index of well-being*. *Health Service Research* 1976; 11: 478-507
6. TESTA MA: *Quality of life during antihypertensive therapy: techniques for clinical assessment and evaluation*. *British Journal of Clinical Pharmacology* 1987; 23: 95-135
7. WELLS KB, STEWART A, HAYS RD et al: *The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study*. *JAMA* 1989; 262: 914-919
8. GOETHE JW, FISCHER EH: *Functional impairment in depressed inpatients*. *Journal of Affective Disorders* 1995; 33: 23-29
9. APA: *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994
10. TUYNMAN-QUA H, JONGHE F, MCKENNA SP, HUNT S: *Quality of Life in Depression Rating Scale (QLDS)*. Houten: Ibero Publications 1992.
11. HAMILTON M: *A rating scale for depression*. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23: 56-62
12. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M et al: *An inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry* 1962; 4: 53-63
13. VAZ SERRA A: *IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (1ª ed.)*. Coimbra: Psiquitria Clínica 1994
14. SIEGEL S: *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. Auckland: MacGraw Hill 1956
15. FERGUSON GA: *Statistical Analysis in Psychology and Education (5th ed.)*. New York: MacGraw Hill 1981
16. CAVAGLIA F, MATOS-PIRES A, ARRIAGA F, BOTELHO M: *Psychopathological features in dysthymia and major depression*. X World Congress of Psychiatry (Book of Abstracts: Vol 2) 1996; Vol.2: 343
17. PELICIER Y: *Cet étrange malaise qu'on nomme dépression*. In Bakchine, S. et al. (Eds.) *L'Anticipation. Clé du Temps du Déprimé*. Paris: Laboratoire Euthérapie 1991; 5-18
18. SUTTER J: *L'Anticipation. Psychologie et Psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France 1990