



UC/FPCE—2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na  
adolescência**

Ana Rita dos Reis Pereira (email: [ritareisp@gmail.com](mailto:ritareisp@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na Área de Intervenções  
Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde  
sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Matos.

### **Quanto mais me bates, menos gosto de mim: A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência**

O abuso infantil é apontado por vários estudos como um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes. Na verdade, as consequências que o abuso acarreta fazem-se sentir ao nível do desenvolvimento e posterior funcionamento social, cognitivo e comportamental. Desta forma, o abuso causa vulnerabilidades na vítima que a tornam mais propensa ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão.

A depressão, como qualquer psicopatologia, provoca disfuncionalidades. No entanto, ao ocorrer numa fase precoce de desenvolvimento como a adolescência, pode provocar consequências graves e comprometer o desenvolvimento pleno do indivíduo. Assim, torna-se determinante o desenvolvimento de programas de intervenção precoce e de prevenção desta perturbação para que se possa assegurar o desenvolvimento adaptativo do adolescente. Porém, para que sejam desenvolvidos programas de intervenção eficazes há que conhecer e avaliar os factores de risco que vulnerabilizam os jovens para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Esta dissertação tem como objectivos: (i) estudar a estrutura factorial e as qualidades psicométricas do *Childhood Trauma Questionnaire*, que se destina a medir, de modo retrospectivo, cinco formas de abuso infantil: abuso sexual, físico e emocional e negligência física e emocional; (ii) avaliar as diferenças de género ao nível da ocorrência de abuso infantil e ao nível da presença de sintomatologia depressiva; (iii) estudar a relação entre o abuso infantil e o rendimento académico; (iv) estudar a relação da psicopatologia parental com o abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes; (v) estudar a relação entre o abuso e a sintomatologia depressiva nos adolescentes; (vi) estudar a relação entre o abuso infantil, a regulação emocional e a sintomatologia depressiva; (vii) estudar o efeito mediador da regulação emocional na relação entre o abuso infantil e a sintomatologia depressiva; (viii) avaliar quais as variáveis em estudo que explicam melhor a variabilidade na sintomatologia depressiva nos adolescentes.

A amostra utilizada é constituída por 304 adolescentes (139 rapazes e 165 raparigas) com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos de idade e por 180 encarregados de educação (24 pais, 153 mães e 3 parentes). Do protocolo de avaliação dos adolescentes, para além do CTQ fazem parte o *Childhood Depression Inventory*, o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, o *Mental Health Continuum* (versão reduzida) e o *Daily Hassles Microsystem Scale*. Aos pais foi administrado o *Brief Symptom Inventory*.

Relativamente ao estudo psicométrico do CTQ encontramos uma solução factorial com quatro factores (Abuso Sexual; Negligência Emocional; Abuso/Negligência Física; Abuso Emocional) que explica

60.23% da variância total do questionário. A estrutura encontrada apresentou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach entre .709 e .898), estabilidade temporal e validade de conteúdo, convergente e divergente.

Verificou-se que a ocorrência de abuso infantil está associada ao baixo rendimento acadêmico. Verificou-se ainda que a psicopatologia parental se associa à ocorrência de abuso infantil e à sintomatologia depressiva nos adolescentes. Por fim, verificou-se que a ocorrência de abuso se associa a um maior nível de sintomatologia depressiva, que as estratégias de regulação emocional medeiam parcialmente esta relação e que a ocorrência de abuso emocional na infância é a variável que prediz melhor a sintomatologia depressiva na adolescência.

Palavras-chave: adolescente, abuso infantil, depressão, psicopatologia parental, estudos psicométricos, diferenças de gênero, estratégias de regulação emocional, rendimento acadêmico.

### **The more you strike me, the less I like myself: The relationship between child abuse and adolescent depression**

Multiple studies assume that child abuse is a risk factor for the development of psychopathological symptoms on adolescents. In fact, consequences brought by child abuse occur on the development and future social, cognitive and behavioral functioning. Therefore the child abuse causes vulnerabilities on the victim that make her more prone to develop psychopathological symptoms, including depression.

Depression, as any other psychopathology, causes dysfunctions. However, when it occurs in a premature phase of development as adolescence, it may lead to serious consequences and compromise the full development of the individual. Thus, it is crucial to develop early intervention programs and to prevent this illness, so that it can be possible to ensure the adaptive development of adolescents. However, in order to develop effective intervention programs it is necessary to know and evaluate the risk factors that disenfranchise the youngsters to the development of depressive symptomatology.

The goals of this thesis are: (i) to examine the factor structure and psychometric properties of *Childhood Trauma Questionnaire*, which intends to measure retrospectively five forms of childhood abuse: sexual, physical and emotional abuse and physical and emotional neglect; (ii) to evaluate gender differences at the occurrence of child abuse and at the presence of depressive symptoms; (iii) to study the relationship between child abuse and academic performance; (iv) to study the relationship between parental psychopathology, child abuse and depressive symptomatology; (v) to study the relationship between child abuse and depressive symptomatology in adolescents; (vi) to study the relationship between child abuse, emotional regulation and depressive symptomatology; (vii) to study the mediator effect of emotional regulation in the relationship between child abuse and depressive symptomatology; (viii) to evaluate which variables that better explain the variability in depressive symptoms in adolescents. .

The sample consists of 304 adolescents (139 boys and 165 girls) with ages between 12 and 16 years old and of 180 caregivers (24 parents, 153 mothers and 3 relatives). The assessment protocol included the CTQ, the *Childhood Depression Inventory*, the *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, the *Mental Health Continuum* (short-form) and the *Daily Hassles Microsystem Scale*. Parents were assessed by the *Brief Symptom Inventory*.

At the psychometric study of CTQ it was found a factorial solution with four factors (Sexual Abuse; Emotional Neglect; Physical Abuse/Neglect; Emotional Abuse) which explains 60.23% of the total variance of the questionnaire; The factor solution found presents good internal consistency (Cronbach's  $\alpha$  between .709 and .898), temporal stability and content, convergent and divergent validity.

It was found that the occurrence of child abuse is associated with a lower academic performance. It was also found that parental psychopathology is associated with the occurrence of child abuse and with

the depressive symptoms in adolescents. Finally, it was found that the occurrence of abuse is associated with a higher level of depressive symptoms, that emotional regulation strategies partially mediate this relationship and that the occurrence of emotional abuse in childhood is the variable that best predicts depressive symptoms in adolescence.

Key Words: adolescent, childhood abuse, depression, parent psychopathology, psychometric studies, gender differences, emotional regulation strategies, academic performance.

## **Agradecimentos**

Ao longo deste ano, várias pessoas permitiram que ultrapassasse as dificuldades e os obstáculos de forma mais tranquila, segura e confiante. A todas essas pessoas agradeço o facto de estarem presentes e de me ajudarem, mesmo quando não se apercebem.

Deixo aqui um agradecimento especial à **Professora Doutora Ana Paula Matos**, pela orientação e pelas aprendizagens proporcionadas, pelo conhecimento partilhado e pela disponibilidade e preocupação que sempre mostrou.

À **Dra. Sónia**, pela ajuda dada e pelas “inversões”.

Aos **Directores, Professores, Alunos e Encarregados de Educação** que apoiaram esta investigação.

Aos **meus pais** e à **minha irmã** pelas palavras de confiança, carinho, amor e apoio, pelas tranquilizações quando se avizinha um “ataque de nervos” e por me terem demonstrado o significado de “segurança e conforto do lar”. Sem vós nada disto seria possível nem alcançável.

Não posso deixar de agradecer ao **Nuno**, por todo o carinho, amor e amizade que me dedicas todos os dias e por me aturares, pacientemente, nos momentos mais difíceis, em que a confiança nas minhas capacidades é abalada como que por uma tempestade e em que a minha paciência atinge o limite. Obrigada, por partilhares comigo os bons e maus momentos. Sem ti, nada disto seria a mesma coisa.

À **Catarina**, à **Cláudia**, à **Filipa** e à **Melanie**, pela amizade, carinho, companheirismo, solidariedade, pela partilha dos momentos difíceis, pela forma como me ouvem e como sabem quando preciso ser ouvida e pela boa disposição com que me inundam. Sem vós não saberia o significado de “espírito académico”. Em especial à Cláudia pela amizade, pela ajuda, pelo carinho e pela dedicação que mostras para comigo. És e serás sempre um modelo de ser humano a seguir. À Mel pela ajuda e disponibilidade. À Cata, companheira de luta, pelas palavras de encorajamento, de alegria e de paz, por me mostrares sempre a outra perspectiva mais alegre e leve das coisas e por me teres mostrado um lugar onde posso acalmar ansiedades e buscar respostas.

Ao **Pedro**, pela dedicação e pela disponibilidade constante que me dedicaste.

## **Índice**

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1. Depressão na adolescência	2
1.1. Caracterização sintomatológica	2
1.2. Consequências a curto e longo prazo e importância da prevenção	4
1.3. Modelos Cognitivos da Depressão	5
2. O Abuso Infantil	7
2.1. Consequências do Abuso Infantil	8
2.2. O Abuso Infantil como factor de risco para a Depressão	10
2.3. A psicopatologia parental e a negligência	11
II. Objectivos	12
III. Metodologia	14
1. Desenho do estudo	14
2. Descrição da amostra	14
3. Instrumentos de avaliação	15
4. Procedimentos de recolha de dados	20
5. Procedimentos estatísticos	21
IV. Resultados	23
V. Discussão	43
VI. Conclusões	51
Bibliografia	52
Anexos	58

## Índice de Quadros

Quadro 1. Características demográficas da amostra global dos adolescentes	14
Quadro 2. Características demográficas da amostra global de pais	15
Quadro 3. Características sociodemográficas da amostra masculina e da feminina	15
Quadro 4. Análise Factorial do CTQ	25
Quadro 5. Propriedades dos itens do factor Abuso Sexual	27
Quadro 6. Propriedades dos itens do factor Negligência Emocional	27
Quadro 7. Propriedades dos itens do factor Abuso e Negligência Física	27
Quadro 8. Propriedades dos itens do factor Abuso Emocional	28
Quadro 9. Estabilidade temporal através do <i>t</i> de <i>student</i>	28
Quadro 10. Validade de conteúdo	29
Quadro 11. Validade convergente com o DHMS	29
Quadro 12. Validade divergente com o MHC – SF	30
Quadro 13. Diferenças de género nos factores do CTQ e no total do CDI	31
Quadro 14. Correlações entre os factores do CTQ, o rendimento escolar e o número de reprovações	31
Quadro 15. Comparação dos resultados, nos factores do CTQ, dos sujeitos já reprovados e nunca reprovados	32
Quadro 16. Correlações entre as dimensões do BSI e os factores do CTQ	32
Quadro 17. Correlações entre o CDI e cada uma das dimensões do BSI	33
Quadro 18. Correlações entre os factores e total do CDI e os factores do CTQ	34
Quadro 19. Diferenças nos resultados dos factores do CTQ de acordo com o grupo de sintomatologia depressiva nos adolescentes	35
Quadro 20. Correlações entre os factores e total do CDI e os factores do CERQ	35
Quadro 21. Correlações entre factores do CTQ e factores do CERQ	36

## Introdução

A Depressão na adolescência nem sempre foi reconhecida como uma perturbação psiquiátrica. Actualmente sabe-se que as Perturbações de Humor (Perturbação Depressiva Major e Perturbação Distímica), em especial a depressão, são das mais prevalentes nos adolescentes. Para além disto, ter depressão na adolescência contribui para a recorrência de Episódios Depressivos Major (EDM) ao longo da vida, que podem ser acompanhados por outras perturbações psiquiátricas (e.g. Abuso de substâncias, Perturbações de Ansiedade, Perturbações do Comportamento) e por disfuncionalidade significativa, a nível social, familiar e académico, que vulnerabiliza o jovem e compromete o seu futuro (Arnarson & Craighead, 2009; Cook, Peterson, & Sheldon, 2009; Rao & Chen, 2009). Perante isto, a identificação de factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação é determinante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de intervenção precoce (Cook et al., 2009; Corby, 1994; Rao & Chen, 2009).

Um dos factores de risco apontado pelos estudos é o abuso infantil nas suas várias formas (e.g. Bender et al., 2007; Buzi, Weinman, & Smith, 2007). De facto, o abuso infantil traz várias consequências à vítima, que comprometem o desenvolvimento adequado de competências essenciais para um funcionamento adaptativo, como por exemplo, o sentido de identidade, o auto-conceito e as estratégias de regulação emocional. Isto acaba por vulnerabilizar o adolescente para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Alloy, Zhu, & Abramson, 2003; Erickson, Egeland, & Pianta, 1991; Rao & Chen, 2009; Rudolph, Hammen, & Daley, 2006). Para além disto, a psicopatologia parental é apontada como sendo um factor de risco simultaneamente para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica nos adolescentes, e para a ocorrência de abuso infantil (Alloy et al., 2003; Belsky & Vondra, 1991).

Esta dissertação tem como objectivos o estudo das qualidades psicométricas, bem como da estrutura factorial do *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein & Fink, 2004) para a população portuguesa; avaliar a presença de diferenças de género ao nível da ocorrência do abuso infantil e da presença de sintomatologia depressiva; avaliar a associação entre a ocorrência de abuso infantil e o rendimento académico; analisar se a psicopatologia parental se associa com a incidência do abuso e da sintomatologia depressiva nos adolescentes; estudar a relação entre o abuso infantil e a sintomatologia depressiva; estudar a relação entre o abuso infantil, a regulação emocional, e a sintomatologia depressiva nos adolescentes; estudar o efeito mediador da regulação emocional na relação entre o abuso infantil e a sintomatologia depressiva; e analisar qual das variáveis em estudo prediz melhor a sintomatologia depressiva no adolescente.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1. Depressão na adolescência**

A adolescência é uma fase do ciclo de vida que traz consigo mudanças a vários níveis de funcionamento (e.g. físico, social, cognitivo), as quais consistem inúmeras oportunidades devido ao desenvolvimento cognitivo e comportamental que proporcionam. Porém, estas mudanças exigem uma adaptação por parte do adolescente, que não sendo adequadamente feita, pode contribuir para o surgimento de algumas vulnerabilidades para as perturbações psiquiátricas (Abela & Hankin, 2006; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006). Se é verdade que a adolescência, devido aos desafios que impõe, pode constituir um factor de risco para a psicopatologia, também é verdade que a maioria dos jovens atravessa esta fase sem dificuldades de maior (Alloy et al., 2003).

As mudanças que ocorrem nesta fase de desenvolvimento fazem-se sentir a nível cognitivo (e.g. a auto-avaliação é realizada com base na comparação social; o auto-conceito é construído com base em características e atributos estáveis ou abstractos e não em comportamentos instáveis e superficiais; possuem um maior sentido de responsabilidade), a nível físico (e.g. mudanças pubertárias), a nível social (e.g. mudanças de papéis sociais na família e no grupo de pares) e a nível emocional (e.g. amor romântico) (Abela & Hankin, 2006; Rao & Chen, 2009; Rudolph, Hammen & Daley, 2006).

Apesar de existirem relatos de jovens com sintomas semelhantes aos da Perturbação Depressiva Major que datam do séc. XVII, as primeiras teorias acerca da depressão negaram a possibilidade de os jovens desenvolverem este tipo de sintomatologia, justificando que estes não teriam ainda desenvolvido os mecanismos psicológicos inerentes à sintomatologia desta perturbação. Posteriormente, no início da segunda metade do séc. XX, com o incremento dos estudos existentes acerca desta perturbação, tornou-se evidente a possibilidade de desenvolvimento de Depressão na infância e adolescência (Baptista, Baptista, & Dias, 2001; Kashani et al., 1981; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006; Son & Kirchner, 2000).

Porém, foram levantadas algumas objecções pelas teorias do desenvolvimento, que postulam que os sintomas presentes no diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (e.g. tristeza, irritabilidade, baixa auto-estima, isolamento social) fazem parte constituinte desta fase do ciclo de vida, sendo, portanto, reacções normativas e não disfuncionais (Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006).

#### **1.1. Caracterização sintomatológica**

As perturbações de humor têm como características principais a presença de humor depressivo e de perda de interesse e/ou de prazer em actividades que antes eram agradáveis. Estes sintomas podem ser acompanhados de perda ou aumento significativos de peso, ou diminuição ou aumento do apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, indecisão significativa e dificuldades ao

nível da concentração. Estes sintomas provocam mal-estar clinicamente significativo ou acarretam défices funcionais e sociais significativos (APA, 2006).

Em geral, o indivíduo deprimido sente-se permanentemente triste, frequentemente aborrecido, irritado, com vontade de chorar e com a atenção focada em acontecimentos negativos. Para além disto, estes indivíduos tendem a revelar alguma dificuldade em tolerar a frustração e em tomar decisões (Vaz-Serra, 2003).

Apesar de alguns estudos empíricos sugerirem que a manifestação dos sintomas de depressão na infância, na adolescência e na idade adulta são semelhantes, há diferenças desenvolvimentais que devem ser consideradas. Assim, existem alguns sintomas que são apontados como sendo mais característicos da adolescência, nomeadamente, a hipersónia, a reactividade à rejeição, a letargia e o aumento do apetite (especialmente de consumo de hidratos de carbono). Frequentemente, encontram-se presentes nos jovens com esta perturbação, reacções de isolamento social, ideação suicida e tentativas de suicídio, insatisfação com a imagem corporal (em especial nas raparigas), sentimentos de culpa, desesperança e desânimo (Bahls, 2002; Cook et al., 2009; Kashani, Rosenberg, & Reid, 1989; Pataki & Carlson, 1995; Rudolph et al., 2006; 1991; Shafii & Shafii, 1992; Versiani, Reis, & Figueira, 2000).

O DSM-IV-TR (APA, 2006), também, contempla algumas diferenças sintomatológicas que podem ocorrer na manifestação da perturbação depressiva major e da perturbação distímica, quando estas afectam crianças ou adolescentes. Desta forma, este manual considera que as crianças e os adolescentes podem manifestar, em vez de humor depressivo, humor irritável e diminuir a duração da presença de sintomas no diagnóstico de perturbação distímica de dois para um ano.

É ainda de referir que esta perturbação pode manifestar-se mediante sintomas mais atípicos, nomeadamente, o envolvimento do jovem no consumo de drogas ou álcool ou ainda numa adopção de comportamentos agressivos e destrutivos. O adolescente deprimido pode, ainda, manifestar estados duradouros e/ou excessivos de humor irritável ou depressivo, isolar-se durante períodos prolongados ou manifestar alguns níveis de hostilidade para com elementos da família ou para com amigos. Outros sinais de depressão que podem estar presentes, são a apresentação de resultados escolares mais baixos e o afastamento de actividades de grupo (Bahls, 2002; Pataki & Carlson, 1995; Sadler, 1991; Versiani et al., 2000).

Embora não sejam conhecidas as razões para estas diferenças sintomáticas, Rao e Chen (2009) propõem a hipótese da influência que os efeitos desenvolvimentais exercem a nível cognitivo e ao nível de regulação emocional e comportamental.

Para além das diferenças apontadas, existem ainda diferenças em termos da manifestação sintomatológica ao nível do género. Assim, em geral, as raparigas referem mais sintomas subjectivos (e.g. tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade), maior severidade na manifestação dos sintomas (McCauley, *et al.*, 1993; Reinherz *et al.*, 1993 citados por Reinherz et al.,

2006), maior probabilidade de ter episódios recorrentes (Lewinsohn & Essau, 2002 citado por Reinherz et al., 1993) e de continuidade da depressão na idade adulta, apresentam níveis elevados de comorbidade com perturbações de ansiedade e com outras perturbações de humor (Breslau et al., 2000; Kovacks et al., 2003 citados por Reinherz et al., 1993) revelam maior preocupação com a popularidade entre os pares, menor satisfação com a aparência, maior conscienciosidade e menor auto-estima. Os rapazes, por sua vez, revelam sentimentos de desprezo e desdém e demonstram problemas de comportamento (e.g. faltar às aulas, fugir de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias) (Bahls, 2002; Baron & Campbell, 1993; Sadler, 1991).

Para além do exposto, vários estudos apontam uma maior prevalência da depressão na população feminina. Este aspecto pode ser explicado pela interacção entre a maturação que ocorre na puberdade, os mecanismos hormonais e sociais, o *background* genético, os acontecimentos de vida, a vinculação e o *coping* (Haarasilta, 2003; Reinherz et al., 2006).

Assim, as raparigas, ao atingirem a puberdade antes dos rapazes, vêm-se perante desafios que terão de enfrentar sem terem ainda as competências psicológicas necessárias para lidar com eles. Para além disto, as raparigas valorizam mais a proximidade e a intimidade com as amigas, têm relações de amizade mais conturbadas, vivem os conflitos mais intensamente e têm formas de lidar com os mesmos, distintas dos rapazes, o que as vulnerabiliza mais para esta perturbação (Rudolph et al., 2006).

## **1.2. Consequências a curto e longo prazo e importância da prevenção**

Tal como foi acima citado, esta patologia está associada a diversas consequências. Algumas manifestam-se a nível cognitivo, sendo que alguns jovens deprimidos revelam um atraso significativo no desenvolvimento cognitivo e emocional. Para além disto, verifica-se uma diminuição do rendimento escolar e académico, que por sua vez terá influência na obtenção de emprego qualificado. Destaca-se ainda o aumento que se regista na taxa de delinquência, consumo de drogas e álcool e de comportamentos suicidários entre os jovens com depressão (Alloy et al., 2003; Baptista et al., 2001; Cook et al., 2009; Rao & Chen, 2009; Reinherz et al., 2006).

A existência desta perturbação provoca ainda dificuldades a nível social, como problemas interpessoais, dificuldades no estabelecimento de relações entre pares e atraso no desenvolvimento social. A nível familiar, as consequências são sobretudo ao nível da negociação das alterações nas relações familiares (Bahls, 2002; Baptista et al., 2001; Cook et al., 2009; Rao & Chen, 2009; Reinherz et al., 2006).

Estas dificuldades, resultantes da presença de depressão, irão representar factores de stress adicionais que aumentam a vulnerabilidade do jovem para futuras situações de stress e depressão, constituindo ainda factores de risco determinantes para o desenvolvimento de perturbações comórbidas, como por exemplo, Perturbações da Ansiedade e Perturbações Disruptivas (Perturbação do Comportamento e de Oposição, Perturbação de

Hiperactividade e de Défice de Atenção), Perturbações da Personalidade, Consumo de Substâncias (Alloy et al., 2003; Bahls, 2002; Cook et al., 2009; Rao & Chen, 2009; Reinherz et al., 2006; Son & Kirchner, 2000) e Perturbações do Comportamento Alimentar (Alloy et al., 2003; Bahls, 2002; Kent, Vostanis, & Feehan, 1997; Pataki & Carlson, 1995; Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1994). Para além disto, nos jovens é mais provável que a depressão evolua para Perturbação Bipolar tipo I do que nos adultos (Reinherz et al., 2006).

Muitas das consequências referidas mantêm-se depois da recuperação da depressão, o que contribui para que os adolescentes deprimidos reportem níveis elevados de continuidade da depressão e apresentem maior probabilidade de recorrência desta perturbação na idade adulta (Bahls, 2002; Baptista et al., 2001; Buzi et al., 2007; Cook et al., 2009; Harrington et al., 1994; Rao & Chen, 2009; Reinherz et al., 2006; Rohde et al., 1994; Rudolph et al., 2006). Tudo isto justifica e coloca em destaque a importância da prevenção desta perturbação (Bahls, 2002; Baptista et al., 2001; Cook et al., 2009; Harrington et al., 1994; Rao & Chen, 2009; Reinherz et al., 2006; Rohde et al., 1994; Rudolph et al., 2006).

De referir ainda, que estas consequências se fazem sentir também nos jovens que manifestam alguns sintomas depressivos, mas não em número suficiente para que seja estabelecido um diagnóstico. Estes jovens encontram-se igualmente em risco de desenvolver psicopatologias futuras (Lewinsohn *et al.*, 2000; Angold *et al.*, 1999 citados por Reinherz, 2006).

Os dados epidemiológicos também contribuem para demonstrar a importância de uma perspectiva preventiva desta perturbação, ao demonstrarem que entre 0.7% e 9.8% dos adolescentes desenvolvem Perturbação Depressiva Major (sintomatologia presente entre 30 dias e 1 ano) e que o risco de desenvolver esta perturbação aumenta, linearmente, ao longo desta fase de desenvolvimento, alcançando taxas de prevalência de 15% a 25% no final da adolescência. Se forem tidos em conta os casos sub-sintomáticos, as taxas de prevalência são ainda superiores (Rao & Chen, 2009). Assim, a PDM é a perturbação mental mais prevalente nos jovens (Buzi et al., 2007)

### **1.3. Modelos Cognitivos da Depressão**

As teorias cognitivas postulam que as crenças negativas e os processos de pensamento mal adaptativos vulnerabilizam o indivíduo para a depressão. A maioria destas teorias baseia-se na perspectiva de stress-diátese, segundo as quais os pensamentos negativos acerca do próprio e do mundo aumentam a susceptibilidade para o desenvolvimento de depressão quando o indivíduo é confrontado com situações stressoras (Abela & Hankin, 2006; Alloy et al., 2003; Rudolph et al., 2006).

Beck, no Modelo do Processamento de Informação, assume que a forma como o indivíduo reage a um acontecimento é determinada pela forma como o processa e interpreta. Este autor defende que existem diversos processos cognitivos que permitem ao indivíduo estruturar a informação proveniente do meio. Mas no que diz respeito à depressão, Beck aponta três

processos cognitivos como sendo centrais para explicar o seu desenvolvimento e manutenção: tríade cognitiva, erros cognitivos e esquemas cognitivos depressivogénicos (Abela & Hankin, 2006; Beck, 1967; Gouveia, 1990; Moniz, 2007).

A tríade cognitiva consiste num conjunto de pensamentos automáticos negativos acerca de si (como inadequado, desajustado, incapaz), do mundo (o indivíduo interpreta e constrói as situações negativamente, mesmo quando há outras alternativas de interpretação mais plausíveis) e do futuro (o indivíduo antecipa situações de fracasso e sofrimento, mantém a expectativa de que as suas dificuldades se irão manter no futuro e que não há nada que possa fazer para o alterar), que por sua vez manteriam o humor disfórico. Estes pensamentos seriam formados através de distorções ou erros cognitivos (*e.g.* inferência arbitrária, abstracção selectiva, personalização) que representam um processamento enviesado e distorcido da informação. Estes erros, por sua vez, resultam da interferência dos esquemas no processamento da informação, os quais são formados a partir de experiências prévias e consistem em estruturas mentais através das quais o indivíduo identifica, analisa e codifica a informação e os estímulos presentes no meio, formando teorias e interpretações estáveis na medida em que o indivíduo interpreta situações semelhantes da mesma forma, o que sugere que o esquema está subjacente a essa interpretação (Abela & Hankin, 2006; Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Gouveia, 1990; Moniz, 2007; Williams, 2004).

Assim, perante uma situação, o esquema mais relevante é activado, provocando enviesamentos na interpretação da informação e, conseqüentemente, activando pensamentos automáticos negativos, que são considerados pelo doente como sendo verdades absolutas. Este processo acaba por espoletar sintomas afectivos, cognitivos, comportamentais, somáticos e motivacionais (Abela & Hankin, 2006; Beck, 1967; Beck et al., 1979; Gouveia, 1990). Desta forma, o conteúdo das cognições destes doentes é descrito, nesta teoria, como sendo decorrente de distorções cognitivas da realidade, daí que seja mais uma perturbação de pensamento e não tanto de afecto (Gouveia, 1990).

Porém, apesar de as cognições influenciarem o humor, este facto não implica que o pensamento automático, por si só, ao causar humor triste e disfórico, seja causa de depressão. Assim, os pensamentos automáticos negativos são sintomas necessários mas não suficientes para o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (Hawton, et al., 1989 citado por Moniz, 2007).

De acordo com a perspectiva de Seligman (1975), a depressão decorre da incapacidade para controlar tanto os resultados positivos como os negativos (*helplessness*), pelo que o sujeito acaba quase sempre por esperar a ocorrência de resultados negativos (*hopelessness*) (Joiner & Wagner, 1995).

No entanto, este autor, considerando o seu modelo insuficiente reformulou-o, conjuntamente com Abramson e Teasdale, acrescentando-lhe conceitos da Teoria da Atribuição. Estes autores salientam o estilo atribucional e destacam a valorização das causas, conseqüências e implicações dos acontecimentos negativos. Mais especificamente, defendem

que a vulnerabilidade para a depressão decorre de um estilo inferencial negativo, segundo o qual o indivíduo desenvolve uma tendência para fazer atribuições internas, estáveis e globais a acontecimentos negativos, para prever consequências negativas decorrentes de acontecimentos stressores futuros e para interpretar os acontecimentos negativos de maneira a pôr em causa o próprio valor (Abela & Hankin, 2006; Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Alloy et al., 2003; Gladstone, Kaslow, Seeley, & Lewinsohn, 1997; Moniz, 2007; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006; Seligman et al., 1984).

Destaca-se ainda a teoria dos estilos de resposta (Nolen-Hoeksema, 1991), segundo a qual, os indivíduos tendencialmente ruminativos, aquando da vivência do humor depressivo, apresentam um risco maior para episódios depressivos major mais severos e prolongados no tempo. A ruminação consiste numa estratégia de regulação emocional, na qual o indivíduo se auto-foca de modo perserverativo, recursivo e persistente (Alloy et al., 2003). Na verdade, Alloy e colaboradores (2003), no seu estudo acerca da vulnerabilidade cognitiva para a depressão, com estudantes universitários sem perturbações de Eixo I, categorizados em dois grupos (elevado risco para a depressão e baixo risco para a depressão), verificaram que os indivíduos que apresentavam um estilo cognitivo negativo e se apresentavam ruminativos perante acontecimentos stressores apresentavam uma maior prevalência e incidência de depressão.

O estilo cognitivo negativo apresenta-se então como factor de vulnerabilidade para a depressão (Alloy et al., 2003), aspecto que foi demonstrado no *follow-up* dos sujeitos que participaram no estudo anterior.

## **2. O Abuso Infantil**

Pode definir-se o abuso como o uso desapropriado do poder que tem consequências a vários níveis de funcionamento (comportamental, cognitivo, emocional e social) (Alberto, 2004). Bernstein & Fink (1997) especificam cinco tipos de abuso infantil: emocional, físico, sexual, negligência emocional e negligência física. Os autores definem a primeira forma de abuso como consistindo num débito de insultos verbais por parte do adulto, dirigidos à criança, de modo humilhante, depreciativo e/ou ameaçador. A segunda, de acordo com os mesmos, consiste na agressão física por parte do adulto que resulta em ferimentos e contusões na criança. O abuso sexual é definido como sendo um contacto ou comportamento sexual entre uma criança e um adulto, nos quais está presente a coerção. A negligência emocional, segundo os autores referidos, consiste numa forma de abuso, na qual os cuidadores não respondem às necessidades psicológicas e emocionais da criança, não demonstram nem têm atitudes de amor, afecto, incentivo e/ou apoio e não fomentam o sentimento de pertença. A última forma de abuso referida, a negligência física, é definida pelos autores como se tratando de uma falha dos cuidadores em satisfazer as necessidades físicas básicas da criança, tais como a alimentação, a habitação e a segurança (Bernstein et al., 2003; Paivio & Cramer, 2004).

Ora, sendo a infância uma fase de desenvolvimento primordial para a

formação do indivíduo em toda a sua complexidade e para a aquisição de inúmeras competências de funcionamento, a ocorrência deste tipo de acontecimentos negativos, nesta idade precoce, acaba por provocar consequências graves, podendo comprometer o desenvolvimento normal da criança (Alberto, 2004; Wolfe & McGee, 1991).

Ainda assim, existem factores que medeiam a gravidade das consequências que podem resultar do abuso, nomeadamente a idade da vítima aquando do abuso, a duração e frequência dos abusos, a relação entre o abusador e a vítima, o tipo de abuso que ocorre e as reacções dos outros significativos ao abuso (Corby, 1994; Erickson et al., 1991; Gladstone, Parker, & Mitchel, 2004; Steele, 1986). Deste modo, quanto maior proximidade existir entre a vítima e o abusador, quanto mais grave for o abuso e mais longa a sua duração, mais pronunciada será a relação entre o abuso e o desenvolvimento de psicopatologia, mais especificamente da depressão (Amaral & Vaz Serra, 2009; Corby, 1994; Van Praag, Kloet, & Van Os, 2005). Outros factores a ter em conta são a permanência da vítima no ambiente familiar onde ocorreu o abuso, a forma como as relações familiares são estabelecidas em termos emocionais, os factores sócio-económicos, culturais e interpessoais da própria família (Calam & Franchi, 1987; Corby, 1994).

A existência de todos estes factores reporta-nos para um problema do qual as investigações que abordam esta temática padecem, a questão da causalidade entre a ocorrência de abuso e o comportamento posterior da vítima. Ora se há vários factores a interagir com a variável abuso, torna-se necessário ter em conta que a severidade do abuso pode não ser a principal fonte dos danos que as vítimas reportam (Corby, 1994; Starr, MacLean, & Keating, 1991).

Ainda assim, é de referir que o estudo e a identificação das consequências que decorrem do abuso são importantes, na medida em que o conhecimento das consequências que o abuso pode provocar na vítima fornece pistas de intervenção aos terapeutas, a partir das quais estes podem planear uma intervenção mais direccionada às necessidades da vítima. Para além disto, ao saber-se quais as consequências que o abuso provoca, poder-se-ão tomar decisões informadas acerca das possibilidades de prevenção da sua ocorrência (i.e. do abuso e das suas consequências) (Corby, 1994).

### **2.1. Consequências do Abuso Infantil**

As consequências do abuso fazem-se sentir ao nível do desenvolvimento cognitivo, moral, social e emocional (Cicchetti & Carlson, 1989; Cicchetti et al., 1987; Conte & Berliner, 1988; Haugaard & Reppucci, 1988 citados por Starr, et al. 1991).

Uma das competências cognitivas afectadas pelo abuso é a atenção, sendo que estas crianças revelam dificuldades em termos de concentração e de manutenção da atenção, o que faz com que tenham dificuldades escolares e de aprendizagem, que mais tarde se vão revelar nos maus resultados académicos (Alberto, 2004; Corby, 1994; Erickson et al., 1991; Hartman & Burgess, 1991; Kolko, 2002; Zolotor et al., 1999).

Outro aspecto que é comum nas vítimas de abuso é o facto de tentarem encontrar explicações e justificações para os abusos. Contudo, estas ilações são feitas durante a infância (etapa de desenvolvimento em que ocorre o abuso), fase em que a cognição se baseia no pensamento dicotómico, pelo que as conclusões que os indivíduos alcançam vão no sentido da auto-culpabilização e da concepção de si como inerentemente maus e merecedores do abuso (Alloy et al., 2003; Briere, 1992; Harter, 1999; Smetana & Kelly, 1991). Esta auto-atribuição da culpa está, por sua vez, relacionada a dificuldades ao nível da regulação emocional, verificando-se a existência de níveis elevados de humor depressivo e de desesperança (*hopelessness*) (Shields & Cicchetti, 1998; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984; Kinard, 1982 citados por Kolko, 2002).

Para além disto, o abuso é geralmente acompanhado por comentários negativos, ameaças e coerções por parte dos abusadores (e.g. co-ocorrência de abuso físico e emocional), o que vai confirmar e reforçar a concepção negativa que a vítima tem de si própria, fomentando um maior sentimento de culpa, de vergonha e de responsabilidade pelo abuso (Briere, 1992; Harter, 1999). Estas emoções são sentidas durante muito tempo depois dos abusos, podendo mesmo ser sentidas na idade adulta (Briere, 1992).

Por outro lado, a vítima pode atribuir-se a si mesma a culpa pela ocorrência do abuso com o objectivo de sentir que tem controlo na situação, pois se é abusada ou maltratada por ser má, esses abusos deveriam parar se começasse a ser “bem comportada”. Nesta ordem de ideias, a vítima pode desenvolver um conjunto de comportamentos que têm como objectivo agradar aos outros, pondo de lado as suas próprias necessidades e desejos. No entanto, este tipo de atitudes vai contribuir para uma maior dificuldade em conseguir identificar um padrão de comportamento e de pensamento que a definam ao longo do tempo, o que acaba por constituir um obstáculo à construção de um *self* estável e autónomo (Briere, 1992; Harter, 1999).

Assim, um adolescente que tenha sido abusado na infância acaba por desenvolver um sentimento de vazio, ter dificuldade em identificar a sua identidade, e em separar o *self* dos outros, ou seja, não consegue compreender nem experienciar os seus estados internos independentemente das reacções e das exigências dos outros, não se autonomiza. Porém o processo de autonomização é uma tarefa desenvolvimental determinante para o futuro estabelecimento de relações interpessoais positivas. Assim, estes indivíduos, ao não realizarem um processo de autonomização adequado, revelam mais tarde, para além das dificuldades interpessoais (e.g. afastamento, dificuldade em confiar, hostilidade), sintomas de depressão, ansiedade e comportamentos externalizantes (Allen, Hauser, Bell, & O'Connor, 1994; Bender et al., 2007; Briere, 1992; Corby, 1994; Erickson et al., 1991; Hartman & Burgess, 1991; Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf, & Wu, 1991; Mueller & Silverman, 1991).

As dificuldades interpessoais que estas crianças revelam podem dever-se ao facto de terem expectativas negativas acerca dos outros, acreditando que se vão aproveitar delas ou que as vão prejudicar, ou acerca de si, conceptualizando-se como não mercedoras de atenção positiva

(Mueller & Silverman, 1991). No entanto, esta ausência de relações interpessoais positivas constitui um factor de agravamento das consequências do abuso, uma vez que as relações interpessoais positivas são um poderoso factor de resiliência, contrapondo alguns efeitos nocivos do abuso (Corby, 1994).

Como consequências a longo-prazo, na idade adulta foi apontada uma maior cronicidade das doenças psiquiátricas, nomeadamente da depressão (Bagley & Ramsay, 1985/1986; Briere, Evans, Runtz & Wall, 1988; Briere & Runtz, 1988; Peters, 1988; Sedney & Brooks, 1984; Stein, Golding, Siegel, Burnam, & Sorenson, 1988 citados por Starr et al., 1991; Corby, 1994; Wolfe, Rawana, & Chiodo, 2006), perturbações do comportamento sexual (quando o abuso é sexual) (Corby, 1994; Wolfe, Rawana, & Chiodo, 2006) e alimentar e perturbações da personalidade (Wolfe et al., 2006).

É ainda de referir que grande parte das consequências resulta da componente emocional ou psicológica do abuso (Garbarino et al. 1986; Wolfe, 1987 citados por Starr et al., 1991), pelo que o abuso emocional é apontado como sendo a forma de abuso que representa maior risco para o desenvolvimento de um estilo cognitivo negativo e, portanto, para a depressão (Alloy et al., 2003). Ora, estando esta forma de abuso subjacente às restantes, esta relação mantém-se para as outras formas de abuso (Briere, 1992; Grusec & Walters, 1991). De referir, ainda, que as raparigas que relatam histórias de abuso no início da adolescência ou da pré-adolescência, têm uma maior duração e severidade de sintomas depressivos (Cecil & Matson, 2001).

Elliott e Briere (1991, citado por Briere, 1992) verificaram esta relação entre abuso e depressão numa amostra de mulheres e Runtz (1987, citado por Briere, 1992), Briere e Runtz (1988, citado por Briere, 1992) e Henschel e colaboradores (1990, citado por Briere, 1992) verificaram o mesmo em três amostras de estudantes universitárias.

Portanto, conclui-se que a exposição ao abuso infantil, independentemente do tipo, quer seja prolongada ou esporádica, perturba o desenvolvimento normal e constitui um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, mais especificamente de perturbações de humor (Corby, 1994; Wolfe et al., 2006). Alguns estudos têm demonstrado que a exposição ao abuso estava ainda associada a um aumento do risco de tentativas de suicídio, abuso de substâncias e ofensas criminais (e.g. Corby, 1994; Friedrich, Urquiza, & Beilke, 1986; Wolfe et al., 2006). Assim, o abuso funciona não como uma perturbação, mas antes como uma causa de perturbação (Wolfe et al., 2006).

## **2.2. O Abuso Infantil como factor de risco para a Depressão**

Os modelos da Psicopatologia Desenvolvimental postulam que a exposição a acontecimentos negativos, em idade precoce, é um factor de risco para o desenvolvimento de estilos cognitivos negativos e de sintomas depressivos (Alloy et al., 2003; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006). Quando estes acontecimentos negativos são vividos no seio familiar são interiorizadas como concepções mal-adaptativas acerca do eu e das relações

interpessoais, pelo que o indivíduo acaba por se avaliar a si como não merecedor de amor e por considerar que as relações são imprevisíveis, acabando por as desvalorizar. Para além disto, a família pode modelar estilos de regulação emocional e comportamental mal-adaptativos e fomentar um sentimento geral de *helplessness*, o que, necessariamente, vulnerabiliza o adolescente para a depressão (Alloy et al., 2003; Rudolph et al., 2006).

As teorias interpessoais da depressão enfatizam a importância do funcionamento familiar e, mais especificamente, do ambiente social e do desenvolvimento de uma vinculação segura, pois a vulnerabilidade para depressão parece aumentar quando o adolescente teve experiências precoces onde não viu respondidas as suas necessidades de segurança, conforto e aceitação (Aber, Allen, Carlson, & Cicchetti, 1991; Crittenden & Ainsworth, 1991; Meyerson, Long, Miranda, & Marx, 2002; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006; Wolfe & McGee, 1991).

Posto isto, é evidente a importância dos estilos parentais, sendo que Alloy et al., (2003) defendem que a ausência de demonstrações de carinho e afecto ou a presença de rejeição, criticismo, intromissão e indução de culpa são comportamentos mais representativos de risco para o desenvolvimento de um estilo cognitivo negativo. Destacam ainda que o facto de os pais serem sobre-controladores e a presença de rejeição, criticismo, intromissão e indução de culpa dos pais em relação aos filhos são factores de risco para a ruminação, que, tal como foi referido, representa uma vulnerabilidade para a depressão (Alloy et al., 2003).

Peterson e Seligman (1983 citado por Buzi et al., 2007) concluem que o embotamento afectivo e a passividade patológica são consequências comuns da vitimização e analisam estas sequelas de acordo com o modelo do desespero aprendido de Seligman. Ou seja, estes autores defendem que as vítimas de abuso aprendem que a resposta não é contingente com o comportamento, assim, acreditam que, independentemente do que façam, o seu comportamento não terá o efeito que pretendem, ou seja, o abuso não terá um fim.

Buzi e colaboradores (2007) verificaram, numa amostra de adolescentes que frequentam consultas de planeamento familiar, que a existência de história de abuso sexual é um poderoso factor de risco para o desenvolvimento de depressão.

Também o uso de punições físicas severas (não consideradas abusivas) está relacionado com o aumento da depressão e dos comportamentos externalizantes por parte dos adolescentes (Bender et al., 2007). Bender e colaboradores (2007) estudaram as consequências da punição física severa, numa amostra com 141 adolescentes da população normal e verificaram que uma história de punições físicas severas está associada à ocorrência póstuma de sintomas de depressão e ansiedade e comportamentos externalizantes. Referem ainda que esta prática parental está relacionada com problemas emocionais na adolescência.

### **2.3. A psicopatologia parental e a negligência**

A parentalidade é influenciada por vários factores, como a

personalidade dos pais e da criança, os seus temperamentos, factores de stress externos à família (e.g. situação de desemprego, dificuldades económicas), o comportamento da criança, entre outros (Belsky & Vondra, 1991).

Um dos factores que contribui para um estilo parental marcado por alguma negligência é a existência de psicopatologia parental. Weissman e colaboradores (1980 citado por Belsky & Vondra, 1991) realizaram um estudo com 40 mulheres deprimidas e 40 da população normal e verificaram que as deprimidas contribuem para o desenvolvimento de um ambiente familiar disruptivo, hostil e rejeitante, o que, conseqüentemente, afecta o desenvolvimento das crianças que nele crescem. Além disto, estas mães revelaram que se envolvem e comunicam pouco com os filhos. O facto de estas mães estarem deprimidas contribui para que estejam menos disponíveis para responder adequadamente às necessidades dos filhos, acabando por os negligenciar, mesmo que não tenham intenção de o fazer (Belsky & Vondra, 1991). Este aspecto foi também comprovado por Colletta (1983 citado por Belsky & Vondra, 1991) que verificou, numa amostra de 75 pais de adolescentes, as conclusões do estudo anteriormente citado. Isto é, este autor verificou que as mães que revelavam sintomas depressivos se revelavam mais hostis, rejeitantes e indiferentes aos filhos e às suas necessidades.

## II – Objectivos

Com esta investigação pretende-se alcançar os seguintes objectivos:

1. Estudar as características psicométricas do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein, D. & Fink, L., 2004) numa amostra de adolescentes portugueses. Concretizando, pretende-se explorar a estrutura factorial do questionário, assim como as suas características psicométricas (i.e. consistência interna da escala, sub-escalas e itens; estabilidade temporal; validade de conteúdo, convergente e divergente).
2. Avaliar a presença de diferenças de género em termos do abuso infantil e sintomatologia depressiva nos adolescentes.
3. Avaliar se existe uma relação entre a ocorrência de abuso infantil e o rendimento académico.
4. Avaliar se a presença de sintomatologia psicopatológica nos pais se relaciona com:
  - a) A ocorrência de abuso infantil nos adolescentes;
  - b) A sintomatologia depressiva nos adolescentes.
5. Avaliar se a ocorrência de abuso na infância está relacionada com a sintomatologia depressiva na adolescência.
6. Comparar os valores do abuso infantil, tendo em conta o nível de sintomatologia depressiva que os sujeitos revelam.
7. Avaliar se as estratégias de regulação emocional estão relacionadas com:
  - a) A sintomatologia depressiva nos adolescentes;
  - b) A ocorrência de abuso infantil.
8. Estudar o efeito mediador das estratégias de regulação emocional

na relação entre a existência de abuso prévio e a sintomatologia depressiva.

9. Estudar a predição dum conjunto de variáveis (abuso infantil, regulação emocional e sintomatologia psicopatológica nos pais) relativamente à sintomatologia depressiva nos adolescentes e avaliar quais as melhores preditoras.

De acordo com a literatura, podem ser formuladas as seguintes hipóteses relativas aos objectivos apresentados.

Para o primeiro estudo proposto são estabelecidas as seguintes hipóteses:

H1: A solução factorial encontrada será constituída por cinco factores.

H2: Os itens do CTQ pertencentes ao factor da escala apresentarão correlações mais fortes entre si, do que com itens de outros domínios da escala.

H3: Os factores do CTQ estarão directamente correlacionados com alguns itens e factores da DHMS e inversamente correlacionados com os factores da MHC – SF.

Para o segundo objectivo, hipotetiza-se que:

H4: Existem diferenças significativas nos resultados do abuso infantil consoante o género dos sujeitos.

H5: Existem diferenças significativas na sintomatologia depressiva, consoante o género dos sujeitos, sendo as raparigas quem revela resultados mais elevados no total do CDI.

Para o terceiro objectivo estabelecem-se as seguintes hipóteses:

H6: A ocorrência de abuso infantil está negativamente relacionada com rendimento académico dos adolescentes.

H7: Existe uma relação positiva entre a ocorrência de abuso infantil e o número de reprovações.

H8: Existem diferenças significativas nos resultados do abuso infantil consoante os sujeitos tenham ou não reprovado pelo menos uma vez.

Para o quarto estudo colocam-se as hipóteses:

H9: A presença de sintomatologia psicopatológica nos pais está positivamente relacionada com a ocorrência de abuso infantil nos adolescentes.

H10: A presença de sintomatologia psicopatológica nos pais está positivamente relacionada com a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

Para o quinto estudo, hipotetiza-se que:

H11: A ocorrência de abuso infantil está positivamente relacionada com a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

Para o sexto estudo hipotetiza-se que:

H12: Existem diferenças nos resultados do abuso infantil, consoante o grau de sintomatologia depressiva (total do CDI).

Para o sétimo estabelecem-se as seguintes hipóteses:

H13: Existe uma relação positiva entre as estratégias negativas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva.

H14: Existe uma relação negativa entre as estratégias positivas de

regulação emocional e a sintomatologia depressiva.

H15: Existe uma relação positiva entre a ocorrência de abuso infantil e as estratégias negativas de regulação emocional

H16: Existe uma relação negativa entre a ocorrência de abuso infantil e as estratégias positivas de regulação emocional.

H17: Existe um efeito mediador das estratégias de regulação emocional na relação entre a ocorrência de abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

Para o nono estudo, hipotetiza-se que:

H18: As variáveis Abuso Infantil, Regulação Emocional e Sintomatologia Psicopatológica nos Pais predizem os resultados da Sintomatologia Depressiva nos adolescentes.

### III - Metodologia

Nesta secção são descritas as características sociodemográficas dos sujeitos que compõem a amostra em estudo, os instrumentos de avaliação que constam do protocolo administrado e os procedimentos realizados na recolha e na análise estatística.

#### 1. Desenho do estudo

O estudo realizado foi do tipo transversal.

#### 2. Caracterização da amostra

Neste estudo foi recolhida uma amostra de 304 adolescentes da população normal e de 108 pais. Os quadros 1 e 2 sumarizam as características sociodemográficas da amostra global dos adolescentes e da amostra de pais.

A amostra total de adolescentes é constituída, maioritariamente, por sujeitos do sexo feminino (54.3%), com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos de idade ( $M = 13.47$ ;  $DP = .98$ ), a frequentarem o 8º ano de escolaridade ( $M = 8.16$ ;  $DP = .75$ ), apresentando uma média baixa de reprovações ( $M = .17$ ;  $DP = .49$ ) e uma auto-avaliação do rendimento académico com uma média de 3.43. A maioria dos sujeitos que constituem a amostra provêm de famílias de níveis socioeconómicos baixo (39.5%) e médio (38.8%).

A amostra total de pais é composta, na sua grande maioria, por sujeitos do sexo feminino (50.3%), como se pode verificar no quadro 2.

**Quadro 8. Características demográficas da amostra global dos adolescentes**

<b>Amostra Global (N = 304)</b>		
	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	13.47	.98
<b>Anos de escolaridade</b>	8.16	.75
<b>Número de reprovações</b>	.17	.49
<b>Rendimento académico</b>	3.43	1.003

	N	%
<b>Género</b>		
<b>Masculino</b>	139	45.7
<b>Feminino</b>	165	54.3
<b>Nível Socioeconómico</b>		
<b>Baixo</b>	120	39.5
<b>Médio</b>	118	38.8
<b>Alto</b>	28	9.2

**Quadro 9. Características demográficas da amostra global de pais**

Amostra total (N = 108)		
	N	%
<b>Pai</b>	24	7.9
<b>Mãe</b>	153	50.3
<b>Outros</b>	3	1

Ao comparar a amostra masculina ( $n = 139$ ) com a feminina ( $n = 165$ ) verifica-se que são semelhantes nas variáveis sociodemográficas consideradas (Quadro 3). Explicitando, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade, anos de escolaridade, número de reprovações nem ao nível socioeconómico. No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da auto-avaliação do rendimento académico, sendo que as raparigas revelam uma média superior à dos rapazes.

**Quadro 10. Características sociodemográficas da amostra masculina e da feminina**

	Masculino ( $n = 139$ )		Feminino ( $n = 165$ )		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	13.58	1.06	13.38	.91	1.77	.08
<b>Anos de escolaridade</b>	8.23	.82	8.11	.69	1.02	.31
<b>Número de reprovações</b>	.22	.58	.13	.40	1.67	.97
<b>Rendimento académico</b>	3.23	.993	3.59	.983	-3.150	.002
	N (119)	%	N (147)	%	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Nível Socioeconómico</b>						
<b>Baixo</b>	54	38.8	66	40		
<b>Médio</b>	51	36.7	67	40.6	.43	.81
<b>Elevado</b>	14	10.1	14	8.5		

### 3. Instrumentos de avaliação

Neste estudo foi utilizado um protocolo constituído por uma ficha de recolha de dados sociodemográficos e por seis questionários de auto-resposta dirigidos aos adolescentes: *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ); *Childhood Depression Inventory* (CDI); *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ); *Mental Health Continuum – Short-form*

(MHC-SF); *Daily Hassles Microsystem Scale* (DHMS). A administração deste protocolo demorou cerca de 30 minutos.

Aos pais foi administrado o *Brief Symptom Inventory* (BSI), que levou cerca de 5 minutos a preencher.

Segue-se uma breve descrição de cada instrumento utilizado.

*Ficha Sociodemográfica* – esta ficha destinou-se à recolha de informação sociodemográfica do adolescente, nomeadamente género, idade, local de residência, anos de escolaridade completos, número de reprovações prévias, auto-avaliação do rendimento académico<sup>1</sup>, profissão dos pais, agregado familiar e existência de história de psicopatologia nos progenitores. Foi também administrada uma ficha desta natureza ao encarregado de educação do sujeito, a fim de recolher os mesmos dados demográficos sobre o adolescente e recolher informação acerca do estado civil dos pais ou do encarregado de educação.

*Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ (Bernstein, D. & Fink, L., 2004; traduzido por Pereira & Matos, 2011)

O CTQ é um questionário de auto-resposta dirigido a adolescentes e a adultos e é composto por 25 itens que se destinam a avaliar, em termos retrospectivos, cinco formas de abuso na infância<sup>2</sup>, (cada um com cinco itens): negligência emocional (e.g. “Eu sentia-me amado” - invertido); abuso emocional (e.g. “Pessoas da minha família chamavam-me coisas como *estúpido(a)*, *preguiçoso(a)* ou *feio(a)*”); negligência física (e.g. “Eu não tinha o suficiente para comer”); abuso físico (e.g. “Alguém da minha família me batia tão violentamente que eu tive de ir a um médico ou ao hospital”); abuso sexual (“Alguém tentou tocar-me sexualmente ou tentou que eu o tocasse”). A estes foram acrescentados três itens, que visam avaliar a tendência de negação ou de minimização do abuso (e.g. “Não havia nada que eu quisesse mudar na minha família”), perfazendo os 28 itens que constituem o instrumento (Bernstein et al., 2003; Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006; Paivio & Cramer, 2004; Scher, Stein, Asmundson, McCreary, & Forde, 2001; Thombs, Bernstein, Lobbstaël, & Arntz, 2009).

A pontuação dos itens é feita numa escala de cinco pontos (1 = “nunca verdadeiro”; 2 = “raramente verdadeiro”; 3 = “algumas vezes verdadeiro”; 4 = “frequentemente verdadeiro”; 5 = “muito frequentemente verdadeiro”) e os resultados são calculados através da soma dos cinco itens que compõem cada uma das cinco categorias de abuso (5 – 25 para cada categoria) (Bernstein et al., 2003; Grassi-Oliveira et al., 2006; Paivio & Cramer, 2004; Scher et al., 2001; Thombs et al., 2009).

O estudo original contemplou uma amostra de 1978 indivíduos constituída por quatro grupos distintos (378 adultos com problemas de

<sup>1</sup> O sujeito avaliou o seu rendimento académico mediante as seguintes opções: 1=Insuficiente; 2=Suficiente;3=Satisfatório; 4=Bom; 5=Muito Bom.

<sup>2</sup> As definições de abuso utilizadas por Bernstein e colaboradores estão referidas no enquadramento teórico (pp. 7), pelo que não foram colocadas nesta secção.

consumo de substâncias em tratamento e fora do tratamento; 396 adolescentes, com idades entre os 12 e os 17 anos de idade, internados em hospitais psiquiátricos e 579 adultos da população normal) e destinou-se à identificação dos 28 itens, a partir do CTQ original (com 70 itens). Para isto, Bernstein e colaboradores (2003) usaram uma Análise Factorial Exploratória e seleccionaram os itens que obtiveram *loadings* superiores a .50 nos factores. Posteriormente realizaram uma Análise Factorial Confirmatória que corroborou a estrutura factorial do questionário e demonstrou uma boa consistência interna entre os quatro grupos da amostra (abuso físico = 0.83 a 0.86; abuso emocional = 0.84 a 0.89; abuso sexual = 0.92 a 0.95; negligência física = 0.61 a 0.78 e negligência emocional = 0.85 a 0.91). Os indicadores de ajustamento do modelo foram considerados bons (Bernstein et al., 2003; Scher et al., 2001; Thombs et al., 2009).

As escalas constituintes do CTQ revelaram, também, boa estabilidade temporal e uma boa validade convergente e divergente, quando as histórias de trauma foram identificadas através de outros métodos (e.g. entrevistas clínicas) (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1997; Bernstein, Fink, Handelsman, & Foote, 1994; Bernstein et al., 2003; Thombs et al., 2009).

Visto que o objectivo principal desta investigação é estudar a estrutura factorial deste questionário, as características psicométricas encontradas na amostra em estudo foram descritas na secção Resultados.

*Children's Depression Inventory* – CDI (Kovacs, 1985; estudos portugueses de Dias & Gonçalves, 1999)

O CDI consiste num questionário de auto-resposta que se destina a medir os sintomas de depressão em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos. É constituído por 27 itens que detectam e avaliam os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais da depressão em crianças e adolescentes (Cole et al., 2008).

Para responder a cada item, a criança/adolescente deve seleccionar de três afirmações apresentadas aquela que melhor descreva a forma como se tem sentido durante as duas últimas semanas. As afirmações são classificadas em ordem crescente de gravidade e a pontuação varia entre 0 (ausência de sintomas) e 2 (sintoma definitivo). As afirmações de cada item correspondem a sintomas característicos de sujeitos não deprimidos, moderadamente deprimidos ou muito deprimidos (Dias & Gonçalves, 1999).

A versão portuguesa tem revelado boa precisão, apresentando valores elevados de consistência interna, com coeficientes de Cronbach de .84 e .80 (Dias & Gonçalves, 1999).

Na amostra deste estudo foi encontrado um *alpha* de Cronbach de .823, que, segundo Pestana e Gageiro (2008) representa uma boa consistência interna. Em relação aos *alphas* de cada factor que compõe a escala, os resultados revelam consistências internas fracas para os factores Ineficácia ( $\alpha = .660$ ) e Auto-estima Negativa ( $\alpha = .682$ ) e inadmissíveis para os factores Humor Negativo ( $\alpha = .539$ ), Anedonia ( $\alpha = .366$ ) e Problemas Interpessoais ( $\alpha = .282$ ).

*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* – CERQ (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; traduzido e adaptado por Cherpe, Matos, & Serra, 2009).

Este questionário contém 36 itens, organizados numa escala de Lickert. A pontuação varia de 1 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”) e pode ser aplicado tanto à população normal como à população clínica e a várias idades (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Foi construído com o objectivo de identificar as estratégias de regulação emocional (ou estratégias de *coping*) usadas quando são vividos acontecimentos ou situações negativas, podendo ser utilizado para avaliar as estratégias de coping de um indivíduo, em termos gerais ou específicos a um acontecimento particular. Os itens constituintes reportam-se especificamente aos pensamentos que o sujeito teve depois de ter vivido o acontecimento negativo. Desta forma, permite avaliar nove estratégias distintas: auto-crítica (o sujeito tem pensamentos em que se auto-culpabiliza pelo que lhe aconteceu); aceitação (resignação do indivíduo ao que aconteceu); ruminação (pensamentos acerca de emoções e pensamentos associados a um acontecimento negativo); reorganização positiva (pensar em coisas agradáveis e não no acontecimento em questão); replaneamento (pensar em passos que devem ser levados a cabo para lidar com a situação); reavaliação positiva (dar um significado positivo ao acontecimento, conceptualizando-o como oportunidade de crescimento); pôr noutra perspectiva (pensar que coisas piores podiam acontecer); catastrofização (ter pensamentos recorrentes acerca do quão terrível o acontecimento foi); culpar os outros (pensar nos outros como responsáveis pelo que aconteceu). Este questionário possui ainda um valor total, sendo que quanto maior for este valor mais estratégias adaptativas de regulação emocional o sujeito revela possuir (Garnefski et al., 2001).

Na amostra deste estudo, a análise da consistência interna revelou um *alpha* de Cronbach acima de .9 ( $\alpha = .93$ ), o que aponta para uma consistência interna da escala muito boa. Quanto aos factores que compõem a escala, a análise revelou consistências internas entre .821 (Reorganização Positiva) e .674 (Aceitação).

*Mental Health Continuum – Short-form* – MHC-SF (Keyes, 2008; traduzido e adaptado por Cherpe, Matos, André, 2009).

Este instrumento é constituído por 14 itens de auto-resposta que se destinam a medir o bem-estar emocional, onde os três primeiros itens representam o bem-estar emocional, os cinco itens seguintes representam o bem-estar social e os seis últimos itens representam o bem-estar psicológico (Keyes, 2009).

As opções de resposta medem a frequência com que os indivíduos experienciam os sintomas de saúde mental positiva (0 = “nunca” e 5 = “todos os dias”) e possibilitam uma avaliação e categorização dos níveis de saúde mental positiva semelhante aos usados para avaliar e diagnosticar um episódio depressivo major (Keyes, 2009).

Os resultados permitem avaliar se o indivíduo tem uma saúde mental

florescida (*flourishing mental health*), moderada ou langüescente (*languishing mental health*). Para que o primeiro diagnóstico seja feito, é necessário que o sujeito experiencie “todos os dias” ou “quase todos os dias” pelo menos um dos três primeiros itens e pelo menos seis dos restantes, durante o mês anterior ao preenchimento do questionário. Se o sujeito tiver experienciado níveis baixos em pelo menos um dos 3 primeiros itens e em 6 dos restantes, considera-se o terceiro diagnóstico. Os restantes resultados são classificados com saúde mental moderada (Keyes, 2009).

Este questionário tem demonstrado uma consistência interna boa, superior a 0.80. Para além disto, a estrutura factorial que o descreve tem sido confirmada em amostras representativas de adolescentes (12 aos 18 anos) da população normal (Keyes, 2009).

Quanto aos resultados obtidos neste estudo, este questionário obteve uma consistência interna muito boa ( $\alpha = .91$ ). Os factores que compõem este questionário revelaram consistências internas boas, entre .8 (bem-estar social) e .86 (bem-estar emocional e bem-estar psicológico).

*Daily Hassles Microsystem Scale* – DHMS (Seidman et al., 1994; traduzido e adaptado por Cherpe, Matos e Paiva, 2009).

O DHMS visa medir os acontecimentos negativos diários (*daily hassles*) que ocorram em cinco contextos distintos, nomeadamente, a escola, a família, a comunidade (i.e. vizinhos), pares e recursos (i.e. ausência de recursos) (Seidman, Lambert, Allen, & Aber, 2003).

É uma escala composta por 46 itens, onde os quatro últimos são preenchidos pelos sujeitos com situações que lhes terão acontecido e não estavam elencadas nos itens anteriores do instrumento. Cada item da escala é composto por cinco opções de resposta, nas quais o sujeito indica, primeiro, se o acontecimento descrito lhe aconteceu ou não no último mês e, caso a resposta seja afirmativa, o sujeito deve assinalar a gravidade do problema numa escala de 1 (“não foi um problema”) a 4 (“foi um problema grande”). (Seidman, Aber, Allen, & French, 1994; Seidman et al., 1995; Seidman et al., 2003).

Na amostra deste estudo, este questionário revelou uma boa consistência interna ( $\alpha = .89$ ). No entanto, os factores que o constituem revelaram consistências mais baixas, sendo que o factor Problemas com Pares obteve uma consistência interna razoável ( $\alpha = .77$ ) e os restantes obtiveram consistências inaceitáveis (Problemas na Escola  $\alpha = .59$ ; Problemas na Família  $\alpha = .56$ ; Problemas com os recursos  $\alpha = .52$ ; Problemas com os Vizinhos  $\alpha = .4$ ).

*Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1982; traduzido e adaptado por Canavarro, 1999).

O BSI é um questionário de auto-resposta que avalia sintomas psicopatológicos ao longo de um contínuo desde o mal-estar psicológico com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido característico das perturbações psiquiátricas. É constituído por 53 itens, cuja pontuação varia entre 0 (“nunca”) e 4 (“muitíssimas vezes”) (Canavarro, 2007).

Os itens estão englobados em nove dimensões de sintomatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo) e três índices globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional (índice geral de sintomas; índice de sintomas positivos; total de sintomas positivos). É de referir que existem quatro itens (11, 25, 39 e 52) que não estão abrangidos em nenhuma dimensão, mas são considerados para as pontuações dos três índices globais (Canavarro, 2007).

Este inventário pode ser administrado a indivíduos com idade superior a 13 anos, quer sejam da população clínica, quer sejam da população normal (Canavarro, 2007).

Os estudos psicométricos realizados na população portuguesa revelaram valores adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (Ideação Paranóide) e .81 (Depressão) (Canavarro, 2007).

Os resultados obtidos na amostra em estudo revelam uma boa consistência interna para as dimensões Depressão ( $\alpha = .84$ ), Ideação Paranóide ( $\alpha = .83$ ) e Obsessões-Compulsões ( $\alpha = .81$ ). As restantes dimensões revelam consistências internas razoáveis variando entre .74 (Ansiedade) e .8 (Somatização).

#### **4. Procedimentos de Recolha de Dados**

Antes de proceder à recolha dos dados, em Dezembro de 2010, foi requerida autorização à Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), onde foi explicitado e descrito o objectivo do estudo e foi dado a conhecer o protocolo a ser administrado. Após a recepção do deferimento do pedido, deu-se início ao contacto com os conselhos executivos das escolas.

O critério de inclusão utilizado no estudo foi a idade dos sujeitos, que devia estar compreendida entre os 12 e os 16 anos de idade. Foram contactadas 6 escolas de Coimbra, três escolas da Guarda e uma de Guimarães, sendo que destas, apenas cinco escolas aceitaram participar na investigação. Assim, a recolha foi feita na Escola E.B. 2, 3 do Poeta Manuel da Silva Gaio, na Escola E.B. 2, 3 de Martim de Freitas, na Escola E.B. 2, 3 de Inês de Castro (as três em Coimbra), na Escola Secundária da Sé (Guarda) e no Externato Delfim Ferreira (Guimarães). O procedimento de recolha de dados realizou-se entre os meses de Fevereiro e de Maio.

Após seleccionadas as turmas de cada escola, foram contactados os directores de turma e os alunos com a finalidade de explicar o estudo que estava a ser realizado, o seu papel nesse estudo, a natureza voluntária da sua participação e assegurar o total anonimato dos dados. Foram também distribuídas as autorizações para os encarregados de educação.

Com o intuito minimizar o prejuízo em termos de tempo lectivo dos alunos, após a recolha das autorizações, foram distribuídos os questionários dos adolescentes e dos pais pelos directores de turma e foi combinada uma data de devolução dos mesmos. Esta foi uma condição imposta pelos

directores dos conselhos executivos das escolas, que justificaram esta decisão com o facto de poderem, assim, aplicar os questionários nas aulas em que o tempo perdido no preenchimento dos questionários não fosse tão prejudicial para os alunos. Quanto ao protocolo dos pais, os alunos deveriam levá-lo para casa e devolverem-no ao director de turma.

A fim de analisar a estabilidade temporal do *Childhood Trauma Questionnaire*, foi realizada uma segunda administração deste questionário quatro a seis semanas depois do primeiro momento de avaliação. O teste-reteste foi realizado nas escolas Escola E.B. 2, 3 do Poeta Manuel da Silva Gaio de Coimbra e na Escola Secundária da Sé da Guarda, visto que nenhuma das restantes escolas se mostrou disponível.

A codificação utilizada para agrupar por cada sujeito o seu protocolo, o dos pais/encarregado de educação e a segunda administração do CTQ, foi as iniciais do nome completo do adolescente.

Posteriormente à recolha de dados, foram excluídos da amostra os sujeitos que não preencheram a totalidade dos itens de algum questionário que constasse do protocolo. É ainda de referir que, de modo a controlar possíveis contaminações nas respostas dos sujeitos, a ordem de preenchimento dos questionários variou nos diferentes respondentes.

## 5. Procedimentos Estatísticos

Finda a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 17.0).

A fim de caracterizar a amostra, relativamente às variáveis sociodemográficas, foram calculadas as frequências, médias e desvios-padrão. A averiguação de existência de diferenças entre as amostras masculina e feminina foi analisada mediante a realização de testes *t de student* e *chi-quadrado*.

Em relação ao primeiro estudo, foram realizados os cálculos de médias, desvios-padrão, correlações item-total e *alpha* de Cronbach (excluindo o próprio item) para os itens que compõem o *Childhood Trauma Questionnaire*, no sentido de executar o estudo dos itens. Este estudo teve como finalidade verificar se os itens eram capazes de, isoladamente, representar o construto medido pelo questionário (correlação item-total) e o modo como contribuíam para a consistência interna do mesmo (*alpha* de Cronbach). Em seguida, foi realizada uma análise factorial exploratória de componentes principais com rotação *Varimax*, a fim de estudar a dimensionalidade do CTQ.

No sentido de estudar as características psicométricas do CTQ foram realizadas as seguintes análises: (1) cálculo das consistências internas (*alpha* de Cronbach) para cada um dos factores do questionário; (2) cálculo do teste *t de student* para amostras emparelhadas, com o objectivo de verificar a estabilidade temporal; (3) cálculo de correlações entre os factores do CTQ e um factor e alguns itens<sup>3</sup> da DHMS, no sentido de avaliar a validade

---

<sup>3</sup> A selecção dos itens foi feita tendo em conta a proximidade do seu

convergente; (4) cálculo de correlações entre os factores do CTQ e os factores da MHC – SF, de modo a avaliar a validade divergente.

Para avaliar a existência de diferenças de género, no que diz respeito às pontuações obtidas nos factores do CTQ e no total do CDI, foi realizado um teste *t de student* para amostras independentes.

Com a finalidade de estudar a relação entre a ocorrência de abuso infantil e o rendimento académico, foi realizada uma correlação de *Pearson* entre os resultados obtidos pelos adolescentes nos factores do CTQ, a sua auto-avaliação do rendimento académico e o número de reprovações que possuem. No sentido de avaliar a existência de diferenças entre reprovados e não reprovados na pontuação do CTQ, foi realizado um teste *t de student* para amostras independentes.

De modo a estudar a relação entre sintomatologia psicopatológica nos pais, a experiência de abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes, foram realizadas correlações de *Pearson*.

O estudo da relação entre a ocorrência de abuso na infância e a sintomatologia depressiva nos adolescentes foi realizado através da elaboração de correlações de *Pearson*.

Para comparar os resultados obtidos nos factores do CTQ em função do nível de sintomatologia depressiva, categorizou-se a pontuação dos adolescentes no total do CDI em três grupos distintos: deprimidos, em risco e não-deprimidos. De modo a categorizar os sujeitos nos grupos, foram utilizados pontos de corte, calculados através do percentil 90 (CDI total = 18) e do 75 (CDI total = 14). Assim, os sujeitos que obtiveram resultados iguais ou superiores a 18 no CDI total foram categorizados como estando no grupo deprimidos; os que obtiveram resultados inferiores a 18 e superiores ou iguais a 14 foram categorizados como estando no grupo em risco; os que obtiveram pontuações inferiores a 14 foram categorizados como estando no grupo não-deprimidos.

Posteriormente, realizou-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* seguido do teste *post-hoc Bonferroni*, a fim de verificar em que grupos os resultados se distinguiam de modo significativo. A decisão pelo teste não paramétrico deveu-se ao facto de um dos grupos revelar um *n* inferior a 30.

No sentido de realizar o estudo da relação entre as variáveis Abuso Infantil, Estratégias de Regulação Emocional e Sintomatologia Depressiva foram realizadas correlações de *Pearson*.

O estudo do efeito mediador das estratégias de regulação emocional na relação entre a ocorrência de abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes foi realizado tendo em conta os passos sugeridos por Baron e Kenny (1986). Assim, primeiramente, foi realizada uma análise de regressão linear simples entre a variável independente (abuso infantil) e a variável dependente (sintomatologia depressiva). De seguida foi realizada uma análise de regressão linear simples entre a variável independente (abuso) e a variável mediadora (estratégia de regulação emocional). O terceiro passo consiste na realização de uma análise de regressão linear múltipla entre as variáveis

---

conteúdo ao construto medido pelo CTQ.

preditoras (a variável independente e a mediadora) e a variável dependente.

Os autores referem ainda que deve ser assegurado que o efeito das variáveis preditoras na variável dependente é significativo, em cada um dos modelos acima mencionados e que o efeito da variável independente (abuso infantil) na variável dependente (sintomatologia depressiva) deve ser menor no terceiro modelo do que no primeiro.

A significância estatística do efeito mediador foi verificada através da realização do teste de *Sobel*.

Por fim, de modo a verificar qual das variáveis em estudo (i.e. tipos de abuso infantil, estratégias de regulação emocional e psicopatologia parental) melhor predizia os resultados da sintomatologia depressiva, realizou-se uma regressão linear múltipla, seguindo o método *Enter*, onde a variável dependente era a sintomatologia depressiva e as preditoras eram as quatro formas de abuso infantil, as estratégias de regulação emocional e a psicopatologia parental.

#### **IV - Resultados**

No presente tópico serão apresentados os resultados mais relevantes tendo em conta os objectivos e as hipóteses delineados e referidos anteriormente. O primeiro estudo diz respeito à validação do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), no qual se pretende estudar a dimensionalidade do questionário, assim como as suas características psicométricas, tais como a consistência interna, a estabilidade temporal e as validades de conteúdo, divergente e convergente. Posteriormente, foram realizados estudos no sentido de (i) avaliar as diferenças de género ao nível da ocorrência de abuso infantil e ao nível da presença de sintomatologia depressiva; (ii) avaliar a relação entre o abuso infantil e o rendimento académico; (iii) estudar a relação entre a presença de sintomatologia psicopatológica nos pais, o abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes; (iv) estudar a relação entre o abuso e a sintomatologia depressiva nos adolescentes, bem como (v) a relação entre estas duas últimas variáveis e as estratégias de regulação emocional; (vi) estudar o efeito de mediação das estratégias de regulação emocional na relação entre o abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes; (vii) estudar qual das variáveis em estudo (abuso infantil, estratégias de regulação emocional e sintomatologia psicopatológica nos pais) melhor prediz a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

#### **Estudo 1: Estudos psicométricos do *Childhood Trauma Questionnaire***

##### **1.1 Estudo da dimensionalidade do questionário numa amostra da população geral**

Na realização deste estudo foi utilizada uma amostra composta por 294 adolescentes, a qual foi já descrita anteriormente (cf. Quadro 1), tendo-se obtido um total de 10.5 sujeitos por item, aspecto que, segundo Kass e Tinsley (1979, in Field, 2009), permite alcançar resultados viáveis.

### *Propriedades dos itens*

No sentido de analisar os itens, foram calculadas médias, desvios-padrão, correlações item-total e  $\alpha$  de *Cronbach* se o item for removido para cada um dos itens que compõem o questionário em estudo (cf. Anexo 1, Quadro 1).

O índice de fiabilidade para o total do questionário revela uma consistência interna muito boa ( $\alpha$  de *Cronbach* = .905), de acordo com Pestana e Gageiro (2008), sendo que, os valores do  $\alpha$  de *Cronbach* se o item for eliminado variam entre .899 e .905.

### *Estrutura Factorial*

Foi feita uma análise factorial exploratória em componentes principais aos 25 itens que compõem o *Childhood Trauma Questionnaire* (sem incluir os 3 itens de desejabilidade), seguida de uma rotação *Varimax*. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .888) revelou uma adequação muito boa da amostra<sup>4</sup> a uma análise em componentes principais, aspecto que, desta forma, assegura a sua realização. O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $\chi^2 = 4047.794, p < .001$ ), o que demonstra que a matriz de intercorrelações é significativamente diferente de uma matriz de identidade, o que confirma a exequibilidade da análise factorial.

A solução obtida, baseada nos *eigenvalues* superiores a 1, permitiu extrair quatro factores que explicam 58.63% da variância total do questionário.

Ao analisar a solução factorial obtida (cf. Anexo 1, Quadro 3), comparativamente com a dos autores do questionário, verificou-se que o factor que parece ter desaparecido é o da Negligência Física (quinto factor da estrutura factorial proposta pelos autores do questionário), que agrupava os itens 1 (“Eu não tinha o suficiente para comer”), 2 (“Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger”), 4 (“Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família”), 6 (“Eu tinha de usar roupas sujas”) e 26 (“Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse”).

Estes itens, na solução factorial encontrada no presente estudo, agruparam-se em três factores, assim, o item 1 agrupou-se no factor 1 (Abuso Sexual), o item 2 e o 26 agruparam-se no factor 2 (Negligência Emocional), o item 4 e o item 6 agruparam-se no factor 3 (Abuso/Negligência Física). No entanto, apesar de o conteúdo dos itens ser de algum modo congruente com os factores em que se agruparam, o conteúdo do item 1 (“Eu não tinha o suficiente para comer”) nada tem de congruente com o abuso sexual. Perante este facto, foram analisadas as intercorrelações deste item com os restantes que compunham o factor e

---

<sup>4</sup> No sentido de interpretar os resultados obtidos utilizou-se o critério que Kaiser, referenciado por Field (2009), sugere: a adequação da amostra a uma análise em componentes principais é inaceitável sempre que o valor do teste KMO seja inferior a .50; medíocre entre .50 e .70; boa entre .70 e .80; muito boa entre .80 e .90 e excelente entre .90 e 1.

verificou-se que este obtinha correlações muito baixas com os restantes itens ( $r$  entre .164 e .329)<sup>5</sup> e que a eliminação deste item elevaria o  $\alpha$  do factor de .883 para .898 (cf. Anexo 1, Quadro 5). Assim, decidiu-se eliminar este item das análises do questionário.

Ao retirar este item a consistência interna do questionário manteve-se inalterável ( $\alpha = .905$ ), ao contrário dos *alphas* se o item for eliminado, que passaram a variar entre .898 e .903 (cf. Anexo 1, Quadro 6).

Foi feita uma segunda análise factorial exploratória em componentes principais seguida de uma rotação *Varimax*, porém sem incluir o item 1. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin manteve-se inalterada (KMO = .888), e o teste de esfericidade de Bartlett manteve-se significativo ( $\chi^2 = 3983.325$ ,  $p < .001$ ), confirmando que a análise factorial é exequível.

A solução obtida, baseada nos *eigenvalues* superiores a 1, manteve a extracção de quatro factores, no entanto verificou-se um incremento no poder explicativo desta estrutura factorial sem o item 1, visto que esta última solução explica 60.23% da variância total do questionário.

**Quadro 11. Análise Factorial do CTQ ( $n = 294$ )**

Itens	Componentes			
	F1 (Abuso Sexual)	F2 (Neg. Emocional)	F3 (Abuso/Negligência Física)	F4 (Abuso Emocional)
21. Alguém ameaçou magoar-me ou dizer mentiras a meu respeito a não ser que eu fizesse algo sexual com eles	.855		.307	
23. Alguém tentou obrigar-me a fazer coisas sexuais ou a ver coisas sexuais	.829			
27. Eu creio que fui sexualmente abusado(a)	.818			
20. Alguém tentou tocar-me sexualmente ou tentou que eu o tocasse	.764			
24. Alguém me molestou	.693			
15. Eu creio que fui abusado(a) fisicamente	.674		.377	
25. Eu creio que fui emocionalmente abusado(a)	.562			
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras		.738		
19. As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras		.739		
5. Havia alguém da minha família que me ajudava sentir que eu era importante ou especial		.734		
2. Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger		.719		

<sup>5</sup> Cf Anexo 1 Quadro 4.

Itens	Componentes			
	F1 (Abuso Sexual)	F2 (Neg. Emocional)	F3 (Abuso/Negligência Física)	F4 (Abuso Emocional)
7. Eu sentia-me amado(a)		.701		
26. Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse		.664		
28. A minha família era uma fonte de força e de apoio		.585		.495
4. Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família			.737	
9. Alguém da minha família me batia tão violentamente que eu tive de ir a um médico ou ao hospital	.302		.669	
6. Eu tinha de usar roupas sujas			.711	
17. Batiam-me ou espancavam-me tão violentamente que isso foi notado por alguém como por exemplo um(a) professor(a), um(a) vizinho(a) ou um(a) médico(a)	.407		.624	
12. Fui castigado(a) com um cinto, com uma tábua, com uma corda ou com qualquer outro objecto duro			.644	
11. Pessoas da minha família batiam-me tão violentamente que eu ficava com nódoas negras ou marcas	.354		.593	.344
14. Pessoas da minha família diziam-me coisas dolorosas ou insultuosas				.710
3. Pessoas da minha família chamavam-me coisas como “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)”				.656
8. Eu pensava que os meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido				.598
18. Eu sentia que alguém da minha família me odiava	.303			.589
<b>Eigenvalues</b>	4.7	3.8	3.4	2.6
<b>% Variância</b>	19.68	15.82	13.96	10.83

Ao analisar a solução factorial encontrada neste estudo, verifica-se que se mantêm algumas das incongruências já referidas. Especificando, a solução factorial encontrada indica, novamente, a presença de apenas quatro e não cinco factores e, para além disto, verifica-se que alguns itens revelam *loadings* acima de .30 em vários factores. São exemplo deste aspecto o item 11 (“Pessoas da minha família batiam-me tão violentamente que eu tive de ir a um médico ou ao hospital”), que pontua no factor 1, no factor 3 e no factor 4 e o item 15 (“Eu creio que fui abusado fisicamente”), que pontua no factor

1 e no factor 3. Perante esta situação, o item foi incluído no factor em que obtinha o maior valor.

A interpretação dos factores foi feita de acordo com o conteúdo dos itens. Assim, o factor 1 corresponde ao Abuso Sexual, o factor 2 à Negligência Emocional, o factor 3 corresponde, simultaneamente, ao Abuso/Negligência Física e o factor 4 ao Abuso Emocional.

## 1.2 Fidelidade do questionário

### *Consistência Interna*

Os quadros 5, 6, 7 e 8 apresentam os valores da correlação item-factor corrigida e os valores do *alpha* de Cronbach se o item for eliminado. O valor total do *alpha* para o respectivo factor encontra-se no título do quadro, entre parêntesis.

**Quadro 12. Propriedades dos itens do factor Abuso Sexual ( $\alpha = .898$ )**

Itens	M	DP	Correlação Corrigida Item-Factor	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
15	1.17	.653	.697	.886
20	1.10	.492	.670	.886
21	1.11	.493	.830	.869
23	1.10	.461	.817	.872
24	1.16	.563	.673	.886
25	1.18	.618	.546	.904
27	1.09	.469	.784	.875

**Quadro 13. Propriedades dos itens do factor Negligência Emocional ( $\alpha = .860$ )**

Itens	M	DP	Correlação Corrigida Item-Factor	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
2	1.46	.993	.568	.849
5	1.88	1.217	.638	.840
7	1.70	1.086	.612	.843
13	1.71	1.133	.681	.833
19	1.86	1.107	.695	.831
26	1.39	.897	.606	.845
28	1.61	1.005	.607	.844

**Quadro 14. Propriedades dos itens do factor Abuso/Negligência Física ( $\alpha = .848$ )**

Itens	M	DP	Correlação Corrigida Item-Factor	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
4	1.08	.405	.587	.833
6	1.11	.431	.675	.818
9	1.12	.540	.691	.810
11	1.17	.563	.683	.812
12	1.19	.650	.553	.847
17	1.10	.489	.666	.816

**Quadro 15. Propriedades dos itens do factor Abuso Emocional ( $\alpha = .709$ )**

Itens	M	DP	Correlação	Alpha de Cronbach
			Corrigida Item-Factor	se o item for eliminado
3	1.56	.868	.502	.642
8	1.50	.980	.463	.672
14	1.37	.789	.549	.620
18	1.41	.872	.482	.654

Como se pode verificar através dos resultados apresentados, os factores apresentam bons coeficientes  $\alpha$ , oscilando entre .709 e .898, sendo que todos os valores de correlação se encontram acima de .40. De referir que apenas o item 25 (“Eu creio que fui emocionalmente abusado”) aumentaria o *alpha* do factor Abuso Sexual no caso de ser retirado do questionário, no entanto este item foi mantido, uma vez que apresenta boas correlações com os restantes itens que compõem o factor.

#### *Estabilidade Temporal*

No sentido de avaliar a estabilidade temporal do CTQ, o questionário foi administrado uma segunda vez (quatro a 6 semanas após a primeira administração) a 88 adolescentes da população geral. Esta amostra é composta por 35 rapazes e 53 raparigas, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos de idade (M = 13.28 DP = 8.30). Assim, a amostra é composta maioritariamente por sujeitos do sexo feminino (60.2%), com 13 anos de idade (53.4 %), procedentes de famílias com um nível socioeconómico médio (40.9 %) e encontram-se a frequentar o 8º ano de escolaridade (67 %), apresentando uma média de .17 (DP = .435) reprovações.

O teste *t de student* para amostras emparelhadas revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas nos factores, nos dois momentos de avaliação, excepto para o factor Negligência Emocional, que revelou diferenças significativas nos dois momentos de avaliação. Os dados apresentados no Quadro 9 sugerem que os sujeitos pontuaram mais no primeiro do que no segundo momento de avaliação, nos itens que compõem os factores, excepto o factor Abuso/Negligência Física, que revela a mesma média nos dois momentos de administração do questionário.

**Quadro 16. Estabilidade Temporal através do *t de student* (n = 88)**

Factores	Teste		Reteste		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>Abuso Sexual</b>	7.38	1.74	7.27	1.24	.441	.660
<b>Negligência Emocional</b>	11.14	5.34	10.08	5.09	1.89	.062
<b>Abuso/Negligência Física</b>	6.38	1.44	6.38	1.3	.00	1
<b>Abuso Emocional</b>	5.39	1.93	4.92	1.7	2.13	.036

### 1.3 Estudo das Validades

A fim de avaliar a *validade de conteúdo* (i.e. grau com que os resultados do instrumento são indicativos das dimensões que procura medir; Field, 2009) do *Childhood Trauma Questionnaire* foram feitas correlações entre os vários factores do questionário (quadro 10).

Quadro 17. Validade de Conteúdo ( $n = 295$ )

Factores CTQ	Factores CTQ			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<b>Abuso Sexual</b>				
<i>p</i>				
<b>Negligência Emocional</b>	.362			
<i>p</i>	.000			
<b>Abuso/Negligência Física</b>	.645	.414		
<i>p</i>	.000	.000		
<b>Abuso Emocional</b>	.463	.496	.547	
<i>p</i>	.000	.000	.000	

Os coeficientes de correlação apontados demonstram que todas os factores do questionário se encontram significativamente correlacionados entre si ( $p < .01$ ), sendo que a magnitude das correlações varia entre .36 (Negligência Emocional e Abuso Sexual) e .65 (Abuso/Negligência Física e Abuso Sexual).

Na avaliação da *validade convergente*<sup>6</sup>, foram realizadas correlações de *Pearson* entre os factores do *Childhood Trauma Questionnaire*, um factor e alguns itens e do *Daily Hassles Microsystem Scale* (DHMS, Seidman et al., 1995) (Quadro 11).

Quadro 18. Validade Convergente com o DHMS ( $n = 295$ )

DHMS	CTQ (factores)			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<b>5. Pais que consomem drogas ou álcool</b>	.144	.116	.189	.186
<i>p</i>	.015	.052	.001	.002
<b>14. Ser apanhado em discussões entre os membros da minha família</b>	.198	.176	.195	.346
<i>p</i>	.001	.003	.001	.000
<b>18. Pais que não passam muito tempo em casa</b>	.146	.200	.192	.122
<i>p</i>	.014	.001	.001	.041

<sup>6</sup> A validade convergente consiste no grau com que os resultados do questionário se correlacionam com os resultados de outro que mede o mesmo construto (Field, 2009).

DHMS	CTQ (factores)			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<b>25. Violência em casa</b>	.167	.169	.138	.130
<b><i>p</i></b>	.005	.004	.020	.029
<b>Problemas familiares (factor)</b>	.221	.160	.110	.362
<b><i>p</i></b>	.000	.007	.064	.000

Pelos resultados obtidos no quadro anterior, verifica-se que os itens e o factor (Problemas Familiares) do DHMS se correlacionam positiva e significativamente com os factores do CTQ, excepto o item 5 do DHMS com o factor Negligência Emocional e o factor Problemas Familiares do DHMS com o factor Abuso Físico do CTQ. Os restantes resultados revelam correlações entre .122 (item 18 do DHMS com o factor Abuso Emocional) e .346 (item 14 do DHMS e o factor Abuso Emocional do CTQ).

Ainda que as correlações sejam baixas, os resultados foram ao encontro do esperado, uma vez que ambos os questionários representam construtos relacionados entre si.

Para estudar a *validade divergente* (i.e. grau em que os resultados do instrumento se correlacionam com os resultados de outro que mede um construto diferente; Field, 2009), realizaram-se correlações de *Pearson* entre os factores constituintes do CTQ e os factores constituintes do *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC – SF, Keyes, 2008) (Quadro 12).

**Quadro 19. Validade Divergente com o MHC – SF (n = 294)**

MHC – SF (factores)	CTQ (factores)			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<b>Bem-estar Emocional</b>	-.094	-.365	-.156	-.321
<b><i>p</i></b>	.106	.000	.007	.000
<b>Bem-estar Social</b>	-.012	-.230	-.022	-.227
<b><i>p</i></b>	.833	.000	.703	.000
<b>Bem-estar Psicológico</b>	-.094	-.322	-.069	-.201
<b><i>p</i></b>	.109	.000	.239	.001
<b>MHC Total</b>	-.072	-.337	-.077	-.266
<b><i>p</i></b>	.216	.000	.189	.000

Verifica-se que os factores Negligência Emocional e Abuso Emocional revelam correlações negativas e estatisticamente significativas com todos os factores e com o total do MHC. O factor Abuso/Negligência Física correlaciona-se de modo negativo e significativo com o factor Bem-estar Emocional, mas não mantém a significância estatística com nenhum dos outros factores do MHC nem com o total deste.

Estes resultados vão ao encontro do esperado, pois os questionários medem construtos distintos.

## Estudo 2. Comparação entre géneros relativamente ao abuso infantil e à sintomatologia depressiva nos adolescentes.

De modo a analisar as diferenças de género na presença dos vários tipos de abuso, realizou-se um teste *t de student* para amostras independentes (Quadro 13).

**Quadro 20. Diferenças de género nos factores do CTQ e no total do CDI**

CTQ (factores)	Masculino (n = 132)		Feminino (n = 163)		t	p
	M	DP	M	DP		
Abuso Sexual	8.11	3.21	7.74	2.76	1.067	.287
Negligência Emocional	12.48	6.09	10.88	4.88	2.460	.015
Abuso/Negligência Física	7.09	2.82	6.51	1.85	2.042	.042
Abuso Emocional	5.77	2.57	5.89	2.58	-.385	.701
CDI Total	9.85	5.271	11.37	5.88	-2.359	.019

Verifica-se que os rapazes revelam pontuações mais elevadas em todos os factores do CTQ, excepto no Abuso Emocional. Estas diferenças revelam significância estatística nos factores Negligência Emocional e Abuso/Negligência Física.

Quanto aos resultados da sintomatologia depressiva, verificam-se diferenças estatisticamente significativas, sendo as raparigas quem pontua mais.

## Estudo 3. Estudo da relação entre a ocorrência de abuso infantil e o rendimento académico

Para realizar este estudo foi feita uma correlação de *Pearson* entre os factores encontrados para o CTQ, a auto-avaliação do rendimento académico, bem como o seu número de reprovações que os sujeitos revelam ter (Quadro 14).

**Quadro 14. Correlações entre os factores do CTQ, o rendimento escolar e o número de reprovações (n = 294)**

	CTQ (factores)			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso e Negligência Física	Abuso Emocional
Rendimento Escolar	-.232	-.280	-.213	-.172
<b>p</b>	.000	.000	.000	.003
Número de Reprovações	.145	.211	.104	.111
<b>p</b>	.013	.000	.075	.058

Mediante os resultados, verifica-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa, embora com valores baixos, entre todos os factores que constituem o CTQ e o rendimento escolar. As correlações entre

o número de reprovações e os factores Abuso Sexual e Negligência Emocional do CTQ revelam-se positivas e estatisticamente significativas.

De modo a verificar a existência de diferenças significativas entre os sujeitos com reprovações e os que nunca reprovaram, realizou-se um teste *t* de *student* para amostras independentes (quadro 15).

**Quadro 15. Comparação dos resultados, nos factores do CTQ, dos sujeitos já reprovados e nunca reprovados**

CTQ (factores)	Reprovados (n = 39)		Não Reprovados (n = 255)		t	p
	M	DP	M	DP		
Abuso Sexual	9.33	5.56	7.69	2.29	1.83	.075
Negligência Emocional	15.15	7.31	11.01	4.93	3.42	.001
Abuso/Negligência Física	7.48	2.86	6.65	2.24	1.75	.087
Abuso Emocional	6.82	2.61	5.68	2.54	2.6	.014

Perante os resultados, pode dizer-se que os sujeitos que já reprovaram, pelo menos uma vez, revelam resultados significativamente superiores nos factores Negligência Emocional e Abuso Emocional.

#### **Estudo 4. Estudo da relação entre a sintomatologia psicopatológica nos pais, o abuso infantil e a sintomatologia depressiva nos adolescentes.**

##### **4.1. Relação entre a sintomatologia psicopatológica nos pais e a ocorrência de abuso infantil nos adolescentes**

De modo a avaliar esta relação foram realizadas correlações de *Pearson* entre as dimensões constituintes do BSI e os factores encontrados para o CTQ (quadro 16).

**Quadro 16. Correlações entre as dimensões do BSI e os factores do CTQ (n = 177)**

CTQ (factores)	BSI (dimensões)								
	Somatização	Obsessões-compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiiedade	Hostilidade	Ansiiedade Fóbica	Paranóide	Ideação
Abuso Sexual	-.02	.101	-.101	.092	.088	.117	.002	.027	-.024
<i>p</i>	.793	.181	.183	.225	.249	.123	.984	.726	.755
Negligência Emocional	.121	.259	.248	.274	.256	.418	.108	.283	.223
<i>p</i>	.108	.001	.001	.000	.001	.000	.153	.000	.793
Abuso/Negligência Física	-.017	.137	.058	.135	.120	.183	.071	.118	.047
<i>p</i>	.827	.07	.447	.075	.113	.015	.352	.12	.531

CTQ (factores)	BSI (dimensões)										
	Somatização	Obsessões-compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiiedade	Hostilidade	Fóbica	Ansiiedade	Paranóide	Ideação	Psicoticismo
<b>Abuso Emocional</b>	.023	.089	-.014	.107	.109	.231	.031	.129	.074		
<b>p</b>	.762	.243	.856	.159	.15	.002	.686	.088	.328		

Verifica-se que apenas o factor Negligência Emocional do CTQ se correlaciona de modo significativo com todas as dimensões do BSI, excepto com a Somatização ( $r = .121$ ) e com a Ansiedade Fóbica ( $r = .108$ ). Verifica-se ainda que os factores Abuso/Negligência Física e Abuso Emocional se correlacionam de modo significativo com a Hostilidade ( $r = .183$  e  $.231$ , respectivamente).

As correlações significativas revelam valores entre  $.223$  (Negligência Emocional e Psicoticismo) e  $.418$  (Negligência Emocional e Psicoticismo).

#### 4.2. Relação entre a Sintomatologia Psicopatológica nos Pais e a Sintomatologia Depressiva nos adolescentes

Foi feita uma correlação de *Pearson* entre as dimensões do *Brief Symptom Inventory* (BSI) e o total e factores do CDI que constituem este instrumento (quadro 17).

**Quadro 21. Correlações entre o CDI (total e factores) e as dimensões do BSI (n = 177).**

CDI	BSI (dimensões)										
	Somatização	Obsessões-compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiiedade	Hostilidade	Fóbica	Ansiiedade	Paranóide	Ideação	Psicoticismo
<b>Humor Negativo</b>	.015	.086	.09	.216	.081	.142	.04	.167	.135		
<b>p</b>	.838	.254	.235	.004	.284	.06	.601	.027	.073		
<b>Problemas Interpessoais</b>	-.021	.035	.002	.151	.081	.136	.005	.130	.075		
<b>p</b>	.782	.640	.980	.045	.286	.072	.944	.084	.319		
<b>Ineficácia</b>	.099	.103	.071	.120	.186	.214	.115	.223	.079		
<b>p</b>	.190	.171	.350	.111	.013	.004	.127	.003	.298		
<b>Anedonia</b>	-.087	-.05	.002	.059	.045	.094	-.007	.007	.024		
<b>p</b>	.251	.508	.980	.434	.555	.215	.923	.928	.751		
<b>Auto-estima Negativa</b>	-.011	.035	.08	.217	.085	.142	.000	.132	.102		
<b>p</b>	.883	.640	.288	.004	.264	.060	.997	.081	.177		
<b>Total</b>	.032	.096	.108	.235	.172	.224	.066	.211	.144		
<b>p</b>	.673	.203	.154	.002	.023	.003	.383	.005	.055		

Como se pode observar no quadro anterior, algumas correlações revelam-se estatisticamente significativas (e.g. factor Humor Negativo do CDI e dimensão Depressão do BSI, factor Ineficácia do CDI e dimensão Ansiedade do BSI). Os valores obtidos variam entre .167 (factor Humor Negativo do CDI e dimensão Ideação Paranóide do BSI) e .235 (Total do CDI e dimensão Depressão do BSI).

### **Estudo 5. Estudo da relação entre a ocorrência de abuso na infância e a sintomatologia depressiva nos adolescentes.**

Foram feitas correlações entre os resultados obtidos pelos sujeitos no CDI (total e factores constituintes) e os resultados obtidos em cada um dos factores que compõem o CTQ (quadro 18).

**Quadro 18. Correlações entre os factores e total do CDI e os factores do CTQ ( $n = 294$ )**

CDI	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<b>Humor Negativo</b>	.250	.256	.159	.400
<b><i>p</i></b>	.000	.000	.006	.000
<b>Problemas Interpessoais</b>	.148	.229	.108	.246
<b><i>p</i></b>	.011	.000	.065	.000
<b>Ineficácia</b>	.176	.282	.113	.275
<b><i>p</i></b>	.002	.000	.054	.000
<b>Anedonia</b>	.143	.140	.016	.221
<b><i>p</i></b>	.014	.017	.782	.000
<b>Auto-estima Negativa</b>	.174	.266	.060	.379
<b><i>p</i></b>	.003	.000	.304	.000
<b>Total</b>	.252	.347	.124	.434
<b><i>p</i></b>	.000	.000	.034	.000

Como é possível observar, todos os valores obtidos são positivos e a grande maioria revela significância estatística. A magnitude das correlações varia entre .124 ( $p = .034$ ) (Abuso/Negligência Física e Total do CDI) e .434 ( $p = .000$ ) (Abuso Emocional e Total do CDI).

### **Estudo 6. Comparação dos resultados do abuso infantil tendo em conta o nível de sintomatologia depressiva.**

De modo a levar a cabo este estudo, realizou-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* seguido do teste *post-hoc Bonferroni*, a fim de verificar quais os grupos que se distinguiram de modo significativo.

Os resultados do teste *Kruskal-Wallis* (quadro 19) revelam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de sintomatologia depressiva, relativamente às pontuações obtidas nos factores do CTQ.

**Quadro 19. Diferenças nos resultados dos factores do CTQ de acordo com o grupo de sintomatologia depressiva dos adolescentes**

CTQ (factores)	Deprimidos (n = 27)		Em risco (n = 52)		Não Deprimidos (n = 214)		$\chi^2$	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Abuso Sexual</b>	9.59	5.57	8.46	3.94	7.55	2.02	18.77	.000
<b>Negligência Emocional</b>	16.96	6.05	12.08	5.26	10.78	5.08	29.26	.000
<b>Abuso/Negligência Física</b>	7.41	2.83	6.92	2.71	6.60	2.11	13.27	.001
<b>Abuso Emocional</b>	8.93	2.69	6.35	2.57	5.29	2.22	53.28	.000

No quadro acima pode verificar-se que os sujeitos que se encontram no grupo deprimidos revelam resultados mais elevados em todos os factores do CTQ, comparativamente aos resultados manifestados pelos sujeitos dos restantes grupos e que os sujeitos que se encontram em risco revelam resultados superiores que os não deprimidos.

O teste de *Bonferroni* revelou que existem diferenças significativas nos resultados do factor Abuso Sexual entre os sujeitos do grupo deprimidos e os não deprimidos ( $p = .002$ ). Também se verificam diferenças significativas no factor Negligência Emocional entre os deprimidos e os sujeitos em risco ( $p = .000$ ) e entre os deprimidos e os não deprimidos ( $p = .000$ ). No factor Abuso e Negligência Física as diferenças são significativas entre os sujeitos em risco e os deprimidos ( $p = .024$ ) e os não deprimidos e os deprimidos ( $p = .000$ ). No factor Abuso Emocional, as diferenças são significativas entre os sujeitos deprimidos e não deprimidos ( $p = .000$ ), entre os deprimidos e os em risco ( $p = .000$ ) e entre os não deprimidos os em risco ( $p = .011$ ).

## 7. Estudo da relação entre as variáveis Abuso infantil, Estratégias de Regulação Emocional e Sintomatologia Depressiva

### 7.1. Relação entre as Estratégias de Regulação Emocional e a Sintomatologia Depressiva nos adolescentes

Realizou-se uma correlação entre os factores e o total do CDI e os factores do CERQ (quadro 20).

**Quadro 22. Correlações entre os factores e total do CDI e os factores do CERQ (n = 290)**

CERQ (factores)	CDI (factores)					Total
	Humor Negativo	Problemas Interpessoais	Ineficácia	Anedonia	Auto- estima Negativa	
<b>Ruminação</b>	.180	.044	-.014	.089	.115	.129
<b>p</b>	.002	.456	.818	.132	.050	.028
<b>Auto-crítica</b>	.168	.057	.091	.068	.154	.163
<b>p</b>	.004	.331	.123	.250	.009	.005

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

CERQ (factores)	CDI (factores)					Total
	Humor Negativo	Problemas Interpessoais	Ineficácia	Anedonia	Auto- estima Negativa	
<b>Catastrofização</b>	.184	.108	.106	.109	.106	.182
<b><i>p</i></b>	.002	.067	.072	.065	.070	.002
<b>Culpa no Outro</b>	.059	.067	.051	.034	-.075	.023
<b><i>p</i></b>	.319	.252	.391	.569	.203	.697
<b>Por noutra Perspectiva</b>	-.050	-.085	-.108	.017	-.104	-.117
<b><i>p</i></b>	.398	.150	.066	.774	.077	.046
<b>Reavaliação Positiva</b>	-.118	-.166	-.192	-.128	-.223	-.259
<b><i>p</i></b>	.044	.005	.001	.030	.000	.000
<b>Replaneamento</b>	-.148	-.168	-.229	-.092	-.221	-.257
<b><i>p</i></b>	.011	.004	.000	.116	.000	.000
<b>Reorganização Positiva</b>	-.201	-.201	-.252	-.104	-.230	-.308
<b><i>p</i></b>	.001	.001	.000	.077	.000	.000
<b>Aceitação</b>	.023	-.085	-.080	-.033	-.026	-.046
<b><i>p</i></b>	.697	.151	.175	.580	.655	.435
<b>Total</b>	.011	-.070	-.103	-.007	-.087	-.083
<b><i>p</i></b>	.848	.238	.083	.909	.140	.160

Os resultados revelam a existência de correlações estatisticamente significativas. As correlações positivas apresentam valores entre .115 (factor Ruminação da CERQ e o factor Auto-estima Negativa do CDI) e .184 (factor Catastrofização do CERQ e factor Humor Negativo do CDI). As correlações negativas apresentam valores entre -.117 (factor Por Noutra Perspectiva e total do CDI) e -.308 (factor Reorganização Positiva do CERQ e total do CDI).

## 7.2. Relação entre a ocorrência de Abuso infantil e as Estratégias de Regulação Emocional

Foi realizada uma correlação de *Pearson* entre os factores do CTQ e os factores e o total do CERQ (quadro 19).

**Quadro 2123. Correlações entre os factores do CTQ e os factores do CERQ (n = 287)**

CERQ (factores)	CTQ (Factores)			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<b>Ruminação</b>	-.004	-.089	-.07	.085
<b><i>p</i></b>	.941	.134	.235	.152
<b>Auto-crítica</b>	.004	-.014	.049	.213
<b><i>p</i></b>	.951	.817	.410	.000
<b>Catastrofização</b>	.063	.136	.091	.173

CERQ (factores)	CTQ (Factores)			
	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Abuso/Negligência Física	Abuso Emocional
<i>p</i>	.290	.021	.124	.003
<b>Culpa no Outro</b>	.119	.188	.209	.177
<i>p</i>	.045	.001	.000	.003
<b>Por noutra Perspectiva</b>	-.098	-.066	-.034	-.010
<i>p</i>	.096	.263	.568	.865
<b>Reavaliação Positiva</b>	-.129	-.236	-.097	-.114
<i>p</i>	.029	.000	.101	.054
<b>Replaneamento</b>	-.173	-.284	-.152	-.193
<i>p</i>	.003	.000	.010	.001
<b>Reorganização Positiva</b>	-.135	-.216	-.105	-.153
<i>p</i>	.023	.000	.076	.010
<b>Aceitação</b>	-.087	-.190	-.136	-.007
<i>p</i>	.145	.001	.022	.908
<b>Total</b>	-.074	-.128	-.042	.021
<i>p</i>	.212	.032	.479	.729

Verifica-se que os valores das correlações positivas e significativas variam entre .119 (factor Abuso Sexual do CTQ e factor Culpa no Outro do CERQ) e .213 (factor Abuso Emocional do CTQ e factor Auto-crítica do CERQ). Os valores das correlações negativas e significativas variam entre -.128 (factor Negligência Emocional do CTQ e total do CERQ) e -.284 (factor Negligência Emocional do CTQ e factor Replaneamento do CERQ).

### **Estudo 8. Estudo da presença do efeito mediador das Estratégias Regulação Emocional entre a ocorrência de Abuso Infantil e a Sintomatologia Depressiva nos adolescentes<sup>7</sup>**

Para realizar este estudo foram seguidos os passos propostos por Baron e Kenny (1986) (cf. Secção Metodologia, ponto 5 – Procedimentos estatísticos).

#### **8.1. Estudo do efeito mediador da Auto-Crítica na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e Sintomatologia Depressiva**

No primeiro passo foi testada uma análise de regressão linear simples (cf. Anexo 1, Quadro 7) usando como variável independente (VI) o abuso emocional e a sintomatologia depressiva como variável dependente (VD). Os resultados obtidos revelaram que este modelo predictor é significativo [ $R^2 = .186$ ;  $F_{(1;290)} = 67.38$ ;  $p = .000$ ] e que explica 18,6% da variância da

<sup>7</sup> Apenas foram feitas análises para os factores do CERQ que revelaram correlações estatisticamente significativas com os factores do CTQ e com o total do CDI.

sintomatologia depressiva ( $\beta = .43$ ;  $p = .000$ ).

No segundo passo foi realizada uma análise de regressão entre o abuso emocional (VI) e a auto-crítica (variável mediadora). Os resultados indicaram que este modelo é significativo [ $R^2 = .042$ ;  $\beta = .21$ ;  $F_{(1,283)} = 13.48$ ;  $p = .000$ ].

No terceiro passo foram introduzidos o abuso emocional e a auto-crítica como VIs e a sintomatologia depressiva como VD. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .186$ ;  $F_{(2,281)} = 33.29$ ;  $p = .000$ ] explicando 18.6% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram que quando a variável mediadora (VM) é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .41, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ). Perante isto, verifica-se que a auto-crítica medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de abuso emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* demonstrou que este efeito indirecto é significativo ( $z = 1.97$ ;  $p < .05$ ).

### **8.2. Estudo do efeito mediador da Catastrofização na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Primeiro, foi testada uma análise de regressão linear simples tendo como VI o abuso emocional e como VD a sintomatologia depressiva (cf. Anexo 1, Quadro 8). Os resultados revelaram que a ocorrência de abuso emocional na infância prediz significativamente a sintomatologia na adolescência, explicando 18,6% da variância desta variável [ $R^2 = .186$ ;  $\beta = .43$ ;  $F_{(1,290)} = 67.38$ ;  $p = .000$ ].

Posteriormente, realizou-se uma análise de regressão linear simples, onde a VI é o abuso emocional e a VM é a catastrofização. Os resultados obtidos mostraram-se estatisticamente significativos [ $R^2 = .027$ ;  $\beta = .17$ ;  $p = .003$ ;  $F_{(1,284)} = 8.807$ ;  $p = .003$ ].

Finalmente, foi realizada uma regressão linear múltipla, tendo o abuso emocional e a catastrofização como VIs e a sintomatologia depressiva como VD, modelo que se revelou significativo [ $R^2 = .191$ ;  $F_{(2,282)} = 34.57$ ;  $p = .000$ ] explicando 19.1% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram ainda que, quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .41, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ). Assim, verificou-se a existência do efeito mediador parcial da catastrofização na relação entre a ocorrência de abuso emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* demonstrou que este efeito indirecto é significativo ( $z = 2.17$   $p < .05$ ).

### **8.3. Estudo do efeito mediador da Catastrofização na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Este estudo foi realizado seguindo os mesmos passos que os anteriores (cf. Anexo 1, Quadro 9), no entanto o resultado do *Sobel test* não se manifestou estatisticamente significativo ( $z = 1.907$ ;  $p > .05$ ). Assim, verificou-se a inexistência de efeitos mediadores parciais estatisticamente significativos entre a catastrofização e a experiência prévia de negligência

emocional na predição da sintomatologia depressiva.

#### **8.4. Estudo do efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva**

Em primeiro lugar, foi testada uma análise de regressão linear simples, onde o abuso sexual era a VI e a sintomatologia depressiva era a VD (cf. Anexo 1, Quadro 10). Este modelo preditor revelou significância estatística [ $R^2 = .061$ ;  $F_{(1,291)} = 19.81$ ;  $p = .000$ ], explicando 6.1% da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = 0.252$ ;  $p = .000$ ).

De seguida realizou-se uma análise de regressão linear simples tendo o abuso sexual como VI e a reavaliação positiva como VM. Os resultados revelaram-se significativos [ $R^2 = .013$ ;  $\beta = .129$ ;  $F_{(1,285)} = 4.84$ ;  $p = .029$ ].

Foram, então, introduzidas o abuso sexual e a reavaliação positiva como VIs e a sintomatologia depressiva como VD, modelo que se revelou significativo [ $R^2 = .113$ ;  $F_{(2,283)} = 19.201$ ;  $p = .000$ ] explicando 11.3% da sintomatologia depressiva. Estes resultados demonstraram que quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .22, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ), o que indica que existe um efeito mediador parcial da reavaliação positiva na relação entre a ocorrência de abuso sexual na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O *Sobel test* revelou a existência de significância estatística do efeito ( $z = 1.99$   $p < .05$ ).

#### **8.5. Estudo do efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Foi realizada uma análise de regressão linear simples, usando como VI a negligência emocional e como VD a sintomatologia depressiva (cf. Anexo 1, Quadro 11). Este modelo preditor revelou-se significativo [ $R^2 = .118$ ;  $F_{(1,291)} = 39.93$ ;  $p = .000$ ] explicando 11.8 % da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = 0.347$ ;  $p = .000$ ).

Posteriormente, foi conduzida uma análise de regressão entre a negligência emocional (VI) e reavaliação positiva (VM), tendo o resultado deste modelo sido significativo [ $R^2 = .053$ ;  $\beta = -.236$ ;  $F_{(1,285)} = 16.87$ ;  $p = .000$ ].

Por fim, testou-se o modelo, no qual a negligência emocional e a reavaliação positiva são as VIs e a sintomatologia depressiva é a VD. Os resultados obtidos foram significativos [ $R^2 = .155$ ;  $F_{(2,283)} = 27.18$ ;  $p = .000$ ] e o modelo explica 15.5% da sintomatologia depressiva. Os valores obtidos demonstraram que quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .308, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ), o que indica que existe um efeito mediador parcial da reavaliação positiva na relação entre a ocorrência de negligência emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* revelou que este efeito indirecto é estatisticamente significativo ( $z = 3$   $p < .01$ ).

### 8.6. Estudo do efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva

Primeiro foi feita uma análise de regressão linear simples, tendo o abuso sexual como VI e a sintomatologia depressiva como VD (cf. Anexo 1, Quadro 12). Esta análise revelou resultados estatisticamente significativos [ $R^2 = .061$ ;  $F_{(1;291)} = 19.81$ ;  $p = .000$ ], sendo que o modelo explica 6.1% da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = 0.252$ ;  $p = .000$ ).

Seguidamente a análise de regressão foi realizada entre abuso sexual (VI) e o replaneamento (VM), modelo que se revelou significativo [ $R^2 = .026$ ;  $\beta = -.173$ ;  $F_{(1;285)} = 8.77$   $p = .003$ ].

Finalmente, foram introduzidas como VIs o abuso sexual e o replaneamento e como VD a sintomatologia depressiva. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .107$ ;  $F_{(2;283)} = 18.053$ ;  $p = .000$ ] explicando 10.7% da sintomatologia depressiva. Para além disto, quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .213, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ). Assim, verifica-se que o replaneamento medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de abuso sexual na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* demonstrou que este efeito revela significância estatística ( $z = 2.46$   $p < .05$ ).

### 8.7. Estudo do efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Foi testada uma análise de regressão linear simples, na qual a negligência emocional ocupou o lugar de VI e a sintomatologia depressiva o de VD (cf. Anexo 1, Quadro 13). Este modelo preditor mostrou-se significativo [ $R^2 = .118$ ;  $F_{(1;291)} = 39.93$ ;  $p = .000$ ], sendo que a negligência emocional explica 11.8% da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = 0.347$ ;  $p = .000$ ).

O passo seguinte consistiu na realização de uma análise de regressão linear simples entre a negligência emocional (VI) e o replaneamento (VM), a qual revelou resultados significativos [ $R^2 = .078$ ;  $\beta = -.284$ ;  $F_{(1;285)} = 25.037$   $p = .000$ ].

No terceiro passo, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, tendo a negligência emocional e o replaneamento como VIs e a sintomatologia depressiva como VD. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .148$ ;  $F_{(2;283)} = 25.78$ ;  $p = .000$ ] explicando 10.7% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram que quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .303, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ), o que indica que o replaneamento medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de negligência emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O *Sobel test* demonstrou que este efeito indirecto é significativo ( $z = 3.35$   $p < .01$ ).

### 8.8. Estudo do efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso/Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva

Inicialmente, foi testada uma análise de regressão linear simples usando o abuso/negligência física como VI e a sintomatologia depressiva como VD (Anexo 1, Quadro 14). Este modelo preditor foi significativo [ $R^2 = .012$ ;  $F_{(1;291)}=4.536$ ;  $p = .034$ ] e explica 1.2 % da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = .124$ ;  $p = .000$ ).

De seguida, fez-se uma análise de regressão tendo o abuso/negligência física como VI e o replaneamento como VM. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .02$ ;  $\beta = -.152$ ;  $F_{(1;285)}= 6.76$   $p = .010$ ].

Cumpridos estes passos, introduziram-se o abuso/negligência física e o replaneamento como VIs e a sintomatologia depressiva como VD. Os resultados revelaram que este modelo explica de modo significativo a variância da VD [ $R^2 = .07$ ;  $F_{(2;283)}= 11.72$ ;  $p = .000$ ], mais concretamente, o modelo explica 7% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram ainda que, quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .086, mantendo-se significativo ( $p=.000$ ), o que indica que o replaneamento medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de abuso/negligência física na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* veio demonstrar que este efeito é estatisticamente significativo ( $z = 2.25$   $p < .05$ ).

### 8.9. Estudo do efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Foi testada uma análise de regressão, na qual a VI era o abuso emocional e a VD era a sintomatologia depressiva (cf. Anexo 1, Quadro 15). Este modelo preditor mostrou-se significativo [ $R^2 = .186$ ;  $F_{(1;290)}= 67.38$ ;  $p = .00$ ], sendo que a ocorrência de abuso emocional explica 18.6 % da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = .434$ ;  $p = .000$ ).

Cumprida esta fase, foi conduzida uma nova análise de regressão, onde o abuso emocional ocupou o lugar de VI e o replaneamento o de VM. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .034$ ;  $\beta = -.193$ ;  $F_{(1;284)}= 10.943$   $p = .000$ ].

Finalmente, foi realizada uma análise de regressão múltipla, tendo o abuso emocional e o replaneamento como VIs e a sintomatologia depressiva como VD. Este modelo é significativo [ $R^2 = .213$ ;  $F_{(2;282)}= 39.348$ ;  $p = .000$ ], explicando 21.3% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram que, quando a VM é adicionada o  $\beta$  da VI diminui ( $\beta = .394$ ;  $p=.000$ ), mantendo-se significativo, o que indica que o replaneamento medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de abuso emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* revelou que este efeito indirecto é estatisticamente significativo ( $z = 2.66$   $p < .01$ ).

### 8.10. Estudo do efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva

Foi realizada uma análise de regressão linear simples, usando como VI o abuso sexual e como VD a sintomatologia depressiva (cf. Anexo 1, Quadro 16). O modelo preditor foi significativo [ $R^2 = .061$ ;  $F_{(1,291)} = 19.81$ ;  $p = .000$ ], explicando 6.1% da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = 0.252$ ;  $p = .000$ ).

De seguida, a análise de regressão incluiu o abuso sexual como VI e a reorganização positiva como VM. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .015$ ;  $\beta = -.135$ ;  $F_{(1,285)} = 5.26$   $p = .023$ ].

Posteriormente, foram introduzidas as experiências prévias de abuso sexual e a reorganização positiva como VIs e a sintomatologia depressiva como VD. Este modelo é significativo [ $R^2 = .138$ ;  $F_{(2,283)} = 23.79$ ;  $p = .000$ ], explicando 13.8% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram que, quando a VM é adicionada o  $\beta$  da VI reduz para .213, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ), pelo que a reorganização positiva medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de abuso sexual na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência.

O resultado do *Sobel test* demonstrou que este efeito indirecto é estatisticamente significativo ( $z = 2.134$   $p < .05$ ).

### 8.11. Estudo do efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Em primeiro lugar, foi realizada uma análise de regressão linear simples usando como VI a negligência emocional e como VD a sintomatologia depressiva (cf. Anexo 1, Quadro 17). Este modelo preditor foi significativo [ $R^2 = .118$ ;  $F_{(1,291)} = 39.93$ ;  $p = .000$ ], explicando 11.8 % da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = .347$ ;  $p = .000$ ).

Em segundo lugar, foi elaborada uma análise de regressão onde a VI era a negligência emocional e a VM, a reorganização positiva. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .044$ ;  $\beta = -.216$ ;  $F_{(1,285)} = 14.01$   $p = .000$ ].

Em terceiro lugar, foi realizada uma análise da regressão linear múltipla onde a negligência emocional e a reorganização positiva ocupam o lugar de VIs e a sintomatologia depressiva o de VD. Este modelo é significativo [ $R^2 = .179$ ;  $F_{(2,283)} = 32.156$ ;  $p = .000$ ], explicando 17.9% da sintomatologia depressiva e os resultados demonstraram que, quando a VM é adicionada o  $\beta$  da VI reduz para .300, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ). Isto demonstra que a reorganização positiva medeia parcialmente a relação entre a ocorrência de negligência emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado do *Sobel test* revelou que este efeito indirecto é estatisticamente significativo ( $z = 3.03$   $p < .01$ ).

### 8.12. O efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Foi testada uma análise de regressão onde o abuso emocional ocupou o lugar de VI e a sintomatologia depressiva o lugar de VD (cf. Anexo 1,

Quadro 18). O modelo preditor foi significativo [ $R^2 = .186$ ;  $F_{(1,290)} = 67.38$ ;  $p = .000$ ], sendo o abuso emocional explica 18.6% da variância da sintomatologia depressiva ( $\beta = .434$ ;  $p = .000$ ).

De seguida, foi conduzida outra análise de regressão, onde o abuso emocional era a VI e a reorganização positiva era a VM. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .02$ ;  $\beta = -.153$ ;  $F_{(1,284)} = 6.799$ ;  $p = .000$ ].

Por fim, foram introduzidos o abuso emocional e a reorganização positiva como VIs e a sintomatologia depressiva como VD. Este modelo revelou-se significativo [ $R^2 = .242$ ;  $F_{(2,282)} = 46.283$ ;  $p = .000$ ], explicando de 24.2% da sintomatologia depressiva. Os resultados demonstraram que, quando a VM é adicionada, o  $\beta$  da VI reduz para .390, mantendo-se significativo ( $p = .000$ ), o que demonstra a existência de um efeito mediador da reorganização positiva na relação entre a ocorrência de abuso emocional na infância e a sintomatologia depressiva na adolescência. O resultado obtido no *Sobel test* ( $z = 2.32$   $p < .05$ ) atesta a significância estatística deste efeito indirecto.

### **Estudo 9. O Abuso infantil, a Regulação Emocional e a Sintomatologia Psicopatológica nos Pais como predictoras da Sintomatologia Depressiva na adolescência**

Para realizar este estudo, foi realizada uma regressão linear múltipla, seguindo o método *Enter*. Utilizou-se como variáveis predictoras as quatro formas de abuso infantil, as estratégias de regulação emocional e a psicopatologia parental<sup>8</sup> e como variável dependente utilizou-se a sintomatologia depressiva (total do CDI).

Os resultados obtidos (cf. Anexo 1, quadro 19) revelam que este modelo revela significância estatística [ $F_{(15,151)} = 9.89$ ;  $p = .000$ ] e explica 45% da sintomatologia depressiva. Destaca-se ainda que a variável que revela maior valor explicativo da sintomatologia depressiva no adolescente é a ocorrência de abuso emocional na infância ( $\beta = .32$ ;  $p = .000$ ), seguida da da reavaliação positiva ( $\beta = -.273$ ;  $p = .016$ ) e da existência de ideação paranóide num dos pais do adolescente ( $\beta = .25$ ;  $p = .015$ ). O abuso sexual surge como o quarto melhor preditor da sintomatologia depressiva ( $\beta = .223$ ;  $p = .002$ ), seguido da ruminação ( $\beta = .208$ ;  $p = .017$ ).

### **V - Discussão**

Um dos objectivos visados por dissertação foi a validação da versão portuguesa do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 2004), que consiste num questionário que visa avaliar, de modo retrospectivo, a ocorrência de abuso infantil, nas várias formas que pode assumir.

A amostra de 304 sujeitos foi de conveniência e geograficamente limitada, tendo-se mostrado adequada para a execução das análises estatísticas realizadas. Ainda assim, o objectivo inicial era atingir um

<sup>8</sup> Nesta análise apenas foram considerados os factores que se correlacionavam significativamente com os resultados do CDI total.

número maior de sujeitos, porém, tal não possível devido à recusa de participação manifestada pelos conselhos executivos de algumas escolas. A justificação dada prendia-se com o excesso de trabalho dos professores e com o tempo que a administração do protocolo requeria.

Segue-se a discussão dos principais resultados obtidos neste estudo, tentando integrar as conceptualizações teóricas já abordadas na primeira parte desta dissertação.

O estudo dos itens da versão portuguesa do *Childhood Trauma Questionnaire* demonstrou que os itens apresentam correlações item-total positivas e moderadas, o que reflecte o poder discriminativo de cada item, ou seja, o grau com que cada item se distingue na escala global. Estes resultados apontam para níveis elevados de fidelidade do questionário, pois valores mais elevados de poder discriminativo, vão no sentido da consistência do questionário (Almeida & Freire, 2008). De acordo com os resultados, pode concluir-se que os itens estão formulados de modo a avaliar o construto que está subjacente à globalidade do instrumento de medida.

Foram também estudados os itens de desejabilidade, os quais, tal como era esperado, revelaram correlações negativas com o total da escala.

Uma vez estudados os itens, surgiu a questão da metodologia a utilizar para estudar a dimensionalidade do questionário. Os autores, no estudo original, executam primeiro a Análise Factorial Exploratória (AFE) e confirmam os factores obtidos com a Análise Factorial Confirmatória (AFC). No entanto, neste estudo, optou-se por executar somente a AFE, tendo esta decisão sido tomada de acordo com o facto de que, segundo Field (2009), se deve optar pela AFE nas situações em que se pretende uma exploração dos dados que se possui, de modo a tentar generalizar os resultados para a amostra ou até para a população em questão no estudo. Na verdade, tendo em conta que não existe nenhum estudo de validação deste instrumento para a população portuguesa, decidiu-se seguir os passos da AFE para testar se as tendências de resposta dos sujeitos que compõem esta amostra, aos 25<sup>9</sup> itens do questionário, revelavam ou não a existência dos cinco factores propostos pelos autores do questionário.

A execução da primeira AFE através do método de análise em componentes principais, com rotação *Varimax*, encontrou 4 factores distribuídos de modo parcimonioso, embora alguns itens se agrupassem em factores, sem que o seu conteúdo fosse congruente ao dos restantes itens que se agrupavam nesse factor. São exemplo disso os itens 1 (“Eu não tinha o suficiente para comer”) e o 25 (“Creio que fui emocionalmente abusado”) que se agruparam no factor 1 (Abuso Sexual). Estes resultados levantaram uma questão determinante na execução de uma AFE: a intercorrelação entre variáveis. Ora, num questionário que mede um mesmo construto subjacente, é de esperar que os itens que o constituem se correlacionem moderadamente, pelo que os itens que revelem correlações muito baixas (<.30) ou muito elevadas (>.90), segundo Field (2009) devem ser excluídos da análise. Tendo

---

<sup>9</sup> Excepto os três itens de desejabilidade (10, 16 e 22).

em conta esta informação, o facto de o conteúdo do item 1 nada ter que ver com o conteúdo dos restantes itens do factor, o facto de se correlacionar abaixo de .30 com os restantes itens da escala e do factor em que se agrupou, decidiu-se a remoção deste item do presente estudo.

Na sequência disto, foi realizada uma nova AFE, seguindo os mesmos procedimentos da anterior, mas sem incluir o item 1. Contudo, a solução factorial encontrada continuou sem corresponder à estrutura factorial proposta pelos autores. Na verdade, os itens continuaram a agrupar-se em quatro e não cinco factores, sendo que o factor que desapareceu nesta análise é o correspondente à Negligência Física e os itens que, na estrutura proposta pelos autores, compõem este factor agruparam-se, na solução factorial encontrada, em dois factores, o Abuso Físico e a Negligência Emocional.

Foi decidido que se atribuiria o nome Abuso/Negligência Física ao factor 3, devido ao conteúdo dos itens 4 (“Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família”) e 6 (“Eu tinha de usar roupas sujas”) ser claramente indicador de situações de negligência física. No entanto, os itens 2 (“Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger”) e 26 (“Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse”), que se agruparam no factor 2, reflectem situações que podem ser consideradas exemplos de situações de negligência emocional, se tivermos em conta a definição que os autores propõem para esta forma de abuso. Assim, foi mantida a designação Negligência Emocional.

Esta diferença na solução factorial, apesar de se assemelhar à estrutura encontrada por Scher e colaboradores (2001), que também encontraram quatro factores na sua AFE, levou a que fossem considerados alguns aspectos que possam ter contribuído para os resultados obtidos neste estudo. Assim, pode hipotetizar-se que estes resultados podem dever-se ao facto de o construto em causa, o abuso infantil, ser difícil de definir de modo objectivo, uma vez que, as fronteiras que dividem as várias formas que o abuso pode tomar são ténues e flexíveis e há várias perspectivas a ter em conta (e.g. perspectiva médica, sociológica) (Martins, 2002). Um exemplo claro desta dificuldade é a definição de abuso emocional, pois este co-ocorre com todas as outras formas de abuso. De facto, em termos teóricos a definição pode parecer óbvia e objectiva, no entanto, em termos práticos e no que diz respeito à operacionalização deste construto, esta tarefa parece bastante mais árdua.

Um outro aspecto que pode justificar o agrupamento dos itens em factores que não os propostos inicialmente pelos autores do questionário, consiste na representação social do abuso e da sua influência nas respostas dos sujeitos. Este aspecto pode contribuir para explicar, mais concretamente, o facto de o item 25 (“Creio que fui emocionalmente abusado”) e o item 15 (“Creio que fui fisicamente abusado”) se terem agrupado no factor 1, que corresponde ao Abuso Sexual, quando o seu conteúdo nos reporta directamente para os factores teóricos Abuso Emocional e Abuso Físico, respectivamente. Pode ainda contribuir para compreender o motivo pelo qual os itens 2 (“Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger”) e 26 (“Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse”),

o 4 (“Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família”) e o 6 (“Eu tinha de usar roupas sujas”), que correspondem ao factor Negligência Física na estrutura factorial proposta pelos autores, se agruparam, respectivamente, no factor 3 que corresponde ao Abuso/Negligência Física e no factor 2, correspondente à Negligência Emocional.

Os estudos psicométricos realizados tiveram como base a solução factorial encontrada neste estudo. O CTQ demonstrou uma consistência interna boa, com valores superiores a .70 em todos os factores. Os itens revelam associar-se fortemente aos factores aos quais pertencem, o que indica que são capazes de, isoladamente, representar de modo adequado o construto validado (citado por Conboy, 2003). O questionário revelou também uma boa estabilidade temporal, para um intervalo de quatro a seis semanas, não revelando diferenças significativas nos dois momentos de avaliação (excepto no factor Abuso Emocional).

No que diz respeito à validade de conteúdo, os factores que compõem o CTQ revelaram correlacionar-se positiva, e significativamente entre si. Em termos mais específicos, destaca-se que o factor Abuso Sexual se correlaciona fortemente com o Abuso/Negligência Física, assim como o Abuso Emocional se correlaciona fortemente com a Negligência Emocional. Estes resultados podem, também, ser demonstrativos do facto de as formas de abuso possuírem fronteiras ténues em termos da sua definição e da influência da representação social do abuso. Os restantes factores correlacionam-se moderadamente uns com os outros.

Os factores do CTQ revelaram estar correlacionados positiva e significativamente com o factor Problemas Familiares do DHMS e com os itens deste questionário cujo conteúdo se aproxima do abuso infantil. Assim, estes dados demonstram que o CTQ possui validade convergente com instrumentos que meçam construtos semelhantes.

Para além disto, os factores do CTQ revelam estar negativamente correlacionados com os factores que compõem o MHC – SF (medida de *flourishing*), o que permite concluir que o questionário em estudo possui validade divergente com medidas de conteúdos distintos.

Como forma de conclusão, verifica-se que a estrutura factorial encontrada, apesar de não coincidir com a proposta pelos autores, revela boas qualidades psicométricas.

A avaliação da presença de diferenças de géneros nos resultados do CTQ, revelou que os rapazes pontuam significativamente mais alto nos factores Negligência Emocional e Abuso/Negligência Física. Estes resultados indicam que a hipótese não é totalmente confirmada, visto que as diferenças perdem significância estatística nos outros factores do CTQ. No entanto, não se pode, para já, questionar a sensibilidade do questionário para distinguir grupos com características distintas, são necessários mais estudos com amostras mais alargadas e diversificadas para tirar essa conclusão.

Ainda a respeito das diferenças de género, verificou-se que as raparigas pontuaram significativamente mais alto que os rapazes, no total do CDI, o que vai ao encontro do referido na literatura (e.g. Bahls, 2002;

Haarasilta, 2003; Reinherz et al., 2006).

Uma das consequências do abuso infantil apontadas pelos estudos (e.g. Corby, 1994; Erickson et al., 1991; Hartman & Burgess, 1991; Kolko, 2002) são as dificuldades escolares e a conseqüente diminuição do rendimento académico. Este facto verificou-se na amostra em estudo, pois os resultados obtidos revelaram que a auto-avaliação que os sujeitos fazem do rendimento académico se correlaciona negativa e significativamente com o abuso infantil. Assim, na presença de abuso infantil, o rendimento académico diminui. Os resultados da correlação entre o número de reprovações e o abuso infantil revelaram-se positivos, indo no sentido da ideia anterior, sendo que a presença de abuso infantil aumenta o número de reprovações. No entanto, é de referir que as correlações entre o número de reprovações e os factores Abuso/Negligência Física e Abuso Emocional, apesar de positivas, não revelaram significância estatística, o que pode dever-se ao baixo número de reprovações que a amostra revela. Este aspecto parece ainda justificar a ausência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados da comparação entre sujeitos nunca reprovados e reprovados pelo menos uma vez no que diz respeito ao Abuso Sexual e ao Abuso/Negligência Física. Destaca-se ainda que, nesta comparação, os sujeitos reprovados pelo menos uma vez revelaram pontuações superiores em todos os factores do CTQ, o que vai ao encontro do referido anteriormente.

Posteriormente avaliou-se a relação entre a presença de sintomatologia psicopatológica nos pais e a sintomatologia depressiva na adolescência. Os resultados confirmaram a hipótese colocada, demonstrando que algumas das dimensões do BSI se correlacionam positiva e significativamente com o total do CDI, nomeadamente a Depressão, a Ansiedade, a Hostilidade e a Ideação Paranóide, sendo que a correlação mais elevada é entre a Depressão e o CDI total. Estes dados vão ao encontro da literatura, pois, segundo Merikangas e colaboradores (2009), a presença de psicopatologia parental, é um factor de vulnerabilidade determinante para o desenvolvimento de qualquer psicopatologia nos filhos e, pelos resultados obtidos, podemos afirmar que a presença de sintomatologia depressiva nos pais representa um risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos filhos.

No que diz respeito à relação entre a presença de sintomatologia psicopatológica nos pais e a ocorrência de abuso infantil nos adolescentes, os resultados obtidos vão no sentido da hipótese colocada, demonstrando que existem correlações positivas e significativas entre a maioria das dimensões do BSI e o factor Negligência Emocional do CTQ. Estes resultados vão ao encontro do esperado, pois, segundo Belsky e Voldra (1991), um progenitor/educador com psicopatologia não estará tão disponível emocionalmente para responder adequadamente às necessidades do seu filho. Para além disto, os resultados são congruentes com os estudos de Weissman e colaboradores (1980 citado por Belsky e Voldra, 1991) e Colletta (1983 citado por Belsky e Voldra, 1991), que verificaram que pais deprimidos contribuíam para o desenvolvimento de um ambiente familiar

hostil, disruptivo, rejeitante e indiferente às necessidades dos filhos, o que aumenta as probabilidades da ocorrência de abuso infantil. Na verdade, na presente análise, verificámos a existência de correlações positivas e significativas entre a dimensão Hostilidade do BSI e os factores Abuso/Negligência Física e Abuso Emocional.

No estudo da relação entre o abuso infantil e a sintomatologia depressiva na adolescência, verificou-se que estas variáveis se correlacionam positiva e significativamente, o que indica que, na presença de abuso infantil, a sintomatologia depressiva aumenta significativamente, confirmando a hipótese colocada. Este resultado é posteriormente corroborado com o resultado obtido na regressão linear simples (realizada aquando da execução dos passos dos estudos de mediação), que demonstra que o abuso prediz o resultado da sintomatologia depressiva. Importa ainda referir que, de facto, os indivíduos que se encontram no grupo deprimidos, tendo em conta a pontuação total obtida no CDI, mostram resultados mais elevados em todos os factores do questionário do abuso infantil distinguindo-se dos restantes grupos (não-deprimidos e em risco). Estes resultados vão ao encontro da literatura, pois segundo os estudos (e.g. Bender et al., 2007; Buzi et al., 2007), um adolescente que tenha sido abusado na infância apresenta um maior risco para desenvolver sintomas depressivos.

Sendo o estilo de regulação emocional uma variável determinante para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, de acordo com os estudos de Alloy e colaboradores (2003), pareceu-nos importante estudar a relação entre estas variáveis. Os resultados deste estudo demonstraram que todas as as estratégias de regulação emocional se correlacionam de modo significativo com o total do CDI, excepto a culpa no outro e a aceitação. Os resultados demonstraram ainda que as estratégias negativas de regulação emocional (e.g. ruminação, auto-crítica e catastrofização) estão positivamente associadas à sintomatologia depressiva; e que as estratégias positivas (e.g. replaneamento, reorganização positiva) estão negativamente associadas à sintomatologia depressiva.

Foi também estudada a relação entre a experiência de abuso infantil e as estratégias de regulação emocional. Os resultados revelaram que o abuso infantil se correlaciona positivamente com as estratégias de regulação emocional negativas e negativamente com estratégias de regulação emocional positivas. Assim, os indivíduos que experienciaram alguma forma de abuso infantil revelam utilizar mais estratégias de regulação emocional negativas (e.g. auto-crítica, catastrofização) e menos estratégias positivas (e.g. replaneamento, reavaliação positiva). Estes resultados vão ao encontro do esperado e do referido pelos estudos da área, que demonstram precisamente que a exposição a acontecimentos de vida negativos em idade precoce, entre eles o abuso infantil, é um factor de risco para o desenvolvimento de estilos cognitivos negativos e depressogénicos (e.g. Alloy et al., 2003; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006). Destaca-se ainda que o facto de a estratégia culpa no outro se encontrar positiva e significativamente correlacionada com todos os factores do CTQ não

contradiz os estudos, que defendem que a maioria das vítimas de abuso tende a auto-culpabilizar-se pela sua ocorrência (e.g. Alloy et al., 2003; Briere, 1992; Harter, 1999; Smetana & Kelly, 1991). Na verdade, esta estratégia refere-se a situações específicas, em nada relacionadas com o abuso e os estudos sugerem que os sujeitos se auto-atribuem a culpa do abuso, mas não de outros comportamentos.

Perante os resultados obtidos, verifica-se que o abuso infantil é, nesta amostra, um factor de risco para a utilização de estratégias de regulação emocional negativas e, simultaneamente para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, o que, como foi referido vai ao encontro dos estudos realizados na área. Ora, estando as estratégias negativas de regulação emocional associadas, a um aumento da sintomatologia depressiva e, sendo o abuso infantil um factor de risco para o desenvolvimento dessas estratégias, pareceu-nos pertinente avaliar se o efeito do abuso infantil na sintomatologia depressiva seria mediado pelas estratégias de regulação emocional. Para isso foram realizados estudos de mediação, cujos resultados revelaram que as estratégias de regulação emocional que se correlacionam de modo significativo, quer com os factores do CTQ, quer com o total do CDI, medeiam parcialmente a relação entre o abuso infantil e a sintomatologia depressiva na adolescência. Assim, a relação entre a experiência de abuso emocional e a sintomatologia depressiva é mediada pelas seguintes estratégias: auto-crítica, catastrofização, replaneamento e reorganização positiva. As estratégias que possuem efeito mediador na relação entre a experiência prévia de abuso sexual e a sintomatologia depressiva são a reavaliação positiva, o replaneamento e a reorganização positiva. A relação entre a história prévia de negligência emocional e a sintomatologia depressiva é mediada pela reavaliação positiva, pelo replaneamento e pela reorganização positiva. Por fim, o replaneamento é a única estratégia de regulação emocional que medeia a relação entre o abuso/negligência física e a sintomatologia depressiva.

Pelo exposto conclui-se que, de facto, nesta amostra, o abuso infantil explica melhor a sintomatologia depressiva, juntamente com as estratégias de regulação emocional apontadas acima (e.g. auto-crítica, catastrofização, replaneamento).

Por fim, depois de realizados estes estudos, considerámos que seria importante avaliar qual das variáveis em estudo se apresentaria como melhor preditora da sintomatologia depressiva e, particularmente, se seria o abuso a tomar esse lugar. Para isto realizou-se uma regressão linear múltipla, cujos resultados revelaram que é a experiência prévia de abuso emocional que melhor prediz a sintomatologia depressiva nos adolescentes. Este resultado vai no sentido do que Alloy e colaboradores (2003) defendem, ou seja, que o abuso emocional é a forma de abuso que representa maior risco para o desenvolvimento de depressão. Contudo, tendo em conta que esta forma de abuso está, na grande maioria das vezes, subjacente às restantes (Briere, 1992; Grusec & Walters, 1991), pode dizer-se que o abuso infantil, em geral, representa um factor de risco determinante para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

É ainda de destacar que estes resultados apontam para uma outra conclusão, a nosso ver, determinante para a compreensão do risco que o abuso infantil representa. Estes dados demonstram que o factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva não reside no abuso em si, mas na sua componente emocional, o que vai ao encontro da literatura. De facto, Garbarino e colaboradores (1986 citado por Starr et al., 1991) e Wolfe (1987 citado por Starr et al., 1991) destacam, precisamente que a maioria das consequências do abuso resulta da sua componente emocional.

No que diz respeito às potencialidades deste estudo, destacam-se as boas qualidades psicométricas do instrumento de medida validado, que permitem concluir que o CTQ poderá revelar-se útil para medir as várias formas de abuso infantil. De modo mais específico, destaca-se que o questionário revelou boas consistências internas para os factores subjacentes, estabilidade temporal, validade de conteúdo, convergente e discriminante. Para além disto, este estudo revela a importância do efeito mediador das estratégias de regulação emocional na relação entre o abuso infantil e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na adolescência, o que poderá ter implicações clínicas relevantes.

Contundo, este estudo possui algumas limitações que devem ser referidas, visto implicarem alguns cuidados na interpretação dos resultados apresentados. Em primeiro lugar destaca-se que o tamanho da amostra e o facto de ter sido recolhida numa zona geográfica delimitada do país e envolver apenas população não clínica, constituem factores importantes a ter em conta na interpretação dos resultados. Para além disto, o facto de ser um estudo transversal impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade (Field, 2009). Outra limitação a destacar diz respeito ao facto de a recolha dos dados ter sido feita exclusivamente através de instrumentos de auto-resposta, o que pode ter influência nas respostas dadas. Mais especificamente, podem existir variáveis externas e não controláveis a influenciar as respostas dos sujeitos, nomeadamente, a desejabilidade social e a negação ou minimização de problemas. Por fim, o facto de a estrutura factorial obtida neste estudo ser distinta da proposta pelos autores, implica que se tenha cautela ao nível da interpretação dos resultados.

Para terminar, importa reflectir sobre as implicações deste estudo para a investigação e prática clínica futuras. Em primeiro lugar, há que destacar que as boas propriedades psicométricas da versão portuguesa do CTQ são um incentivo à sua utilização futura. Neste sentido, seria importante atestar as suas características psicométricas numa amostra mais alargada e diversificada, em termos de idade e de zona geográfica. Sugere-se ainda que seja feito um novo estudo da estrutura factorial do questionário recorrendo à análise factorial exploratória e à análise factorial confirmatória do modelo na população portuguesa.

Consideramos que também seria importante realizar estudos em que se forneça a uma parte da amostra, uma definição clara de abuso e das formas que envolve, de modo a verificar se, de facto, a ideia que os adolescentes têm sobre o abuso (i.e. representação social do abuso) influencia os resultados de uma investigação que aborde este tema e se essa

influência se deve à falta de informação.

Em termos mais práticos, destaca-se que esta investigação permitiu reafirmar a importância de uma boa avaliação psicológica no sentido em que, não raras vezes, o abuso infantil se relaciona com sintomatologia psicopatológica.

É ainda de salientar que, na presente investigação, foram verificados alguns factores que podem vulnerabilizar o adolescente para a depressão, entre eles o abuso infantil. De facto, este estudo, não só revelou que o abuso infantil é um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na adolescência, como também demonstrou a influência que a regulação emocional exerce na relação entre o abuso infantil e a depressão. Para além disto, este estudo confirmou o risco que representa a psicopatologia parental, quer para a ocorrência de abuso infantil, quer para o posterior desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos filhos. Estes aspectos revelam importantes implicações clínicas, pois, segundo Corby (1994) e Cook e colaboradores (2009), conhecer as consequências do abuso, por um lado, e os factores de risco para a ocorrência do abuso e para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva, por outro, é determinante para o desenvolvimento de estratégias intervenção, de prevenção e de intervenção precoce mais eficazes que, por sua vez, permitirão que haja um fomento das possibilidades de o jovem alcançar o seu potencial no futuro. Importa, portanto, direccionar a intervenção para as estratégias de regulação emocional, que dotem o adolescente de estratégias mais adequadas e adaptativas para o seu funcionamento psicológico, social e académico/profissional.

## VI - Conclusões

Um dos objectivos desta dissertação passou por estudar as características psicométricas e a estrutura factorial do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein, D. & Fink, L., 2004) numa amostra de adolescentes portugueses. Para isso foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, que revelou uma solução de quatro factores (Abuso Sexual; Negligência Emocional; Abuso/Negligência Física; Abuso Emocional) que explica 60.23% da variância total do questionário. Apesar de a estrutura factorial encontrada não possuir o mesmo número de factores que a estrutura proposta pelos autores do questionário, a solução encontrada apresentou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach entre .709 e .898), estabilidade temporal e validade de conteúdo, convergente e divergente.

Os resultados obtidos permitiram-nos verificar a existência de diferenças significativas na pontuação de factores do CTQ (Negligência Emocional e Abuso/Negligência Física), em termos do género, sendo os rapazes quem pontua mais alto. Quanto às diferenças de género na sintomatologia depressiva, verificou-se que as raparigas revelam níveis superiores de sintomatologia.

Verificámos ainda que o rendimento académico tendia a diminuir à medida que os valores do abuso infantil subiam e que quanto maiores os

resultados do abuso infantil, maior tendia a ser o número de reprovações.

Quanto à presença de sintomatologia psicopatológica nos pais, verificámos que a maioria das dimensões do BSI se relaciona de modo positivo com a negligência emocional e que a dimensão hostilidade se associa positivamente com o abuso/negligência física e com o abuso emocional. Verificámos ainda que as dimensões depressão, ansiedade, hostilidade e ideação paranóide se encontram positivamente associadas à sintomatologia depressiva nos adolescentes. Para além disto, os dados obtidos revelaram que a presença de ideação paranóide nos pais se afigura como a dimensão psicopatológica que melhor prediz a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

Os dados obtidos revelaram ainda que, a vivência de experiência de abuso na infância aumenta o risco do desenvolvimento de sintomatologia depressiva na adolescência, em especial quando o tipo de abuso vivenciado é o abuso emocional, que se revela como a variável, em estudo, que melhor prediz a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

Para além disto, verificámos que a ocorrência de abuso infantil se encontra positivamente associada às estratégias de regulação emocional negativas (e.g. catastrofização, auto-crítica) e negativamente associada às estratégias positivas (e.g. replaneamento, reorganização positiva). As mesmas associações se encontraram entre as estratégias de regulação emocional e a presença de sintomatologia depressiva.

Por fim, os dados revelaram que as estratégias de regulação emocional medeiam parcialmente a relação entre a ocorrência de abuso infantil e a sintomatologia depressiva na adolescência. Assim, a relação entre a experiência de abuso emocional e a sintomatologia depressiva é mediada pelas seguintes estratégias: auto-crítica, catastrofização, replaneamento e reorganização positiva. As estratégias que possuem efeito mediador na relação entre a experiência prévia de abuso sexual e a sintomatologia depressiva são a reavaliação positiva, o replaneamento e a reorganização positiva. A relação entre a ocorrência de negligência emocional e a sintomatologia depressiva é mediada pela reavaliação positiva, pelo replaneamento e pela reorganização positiva. Por fim, o replaneamento é a única estratégia de regulação emocional que medeia a relação entre o abuso/negligência física e a sintomatologia depressiva.

### **Bibliografia**

- Abela, J., & Hankin, B. (2006). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. In S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.
- Aber, J., Allen, J., Carlson, V., & Cicchetti, D. (1991). The effects of maltreatment on development during early childhood: recent studies and their theoretical, clinical and policy implications. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Abramson, L., Metalsky, G., & Alloy, L. (1989). Hopelessness and

- depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Alberto, I. (2004). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Editora Almedina.
- Allen, J., Hauser, S., Bell, K., & O'Connor, T. (1994). Longitudinal assessments of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors.
- Alloy, L., Zhu, L., & Abramson, L. (2003). Cognitive vulnerability to depression: implications for adolescent risk behavior in general. In D. Romer (Ed.), *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach*. London: Sage Publications.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5 ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Amaral, A., & Vaz Serra, A. (2009). Saúde mental, vulnerabilidade ao stress e experiências traumáticas precoces: resultados de um estudo *Psiquiatria Clínica*, 30, 71-81.
- APA. (2006). *DSM - IV - TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnarson, E., & Craighead, W. (2009). Prevention of depression among icelandic adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Baptista, M., Baptista, A., & Dias, R. (2001). Estrutura familiar como factores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Baron, P., & Campbell, T. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: An extension of early findings. *Adolescence*, 28(112), 903-911.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, Experiential, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Belsky, J., & Vondra, J. (1991). Lessons from child abuse: the determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bender, H., Allen, J., McHelhaney, K., Antonishak, J., Moore, C., Kelly, H., et al. (2007). Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Development and Psychopathology*, 19, 227-242.
- Bernstein, D., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1997). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio: Harcourt Assessment.
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T.,

- et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. Newbury: Sage Publications.
- Buzi, R., Weinman, M., & Smith, P. (2007). The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse. *Adolescence*, 42, 679-688.
- Calam, R., & Franchi, C. (1987). *Child abuse and its Consequences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III). Coimbra: Quarteto.
- Cecil, H., & Matson, S. (2001). Psychological functioning and family discord among african-american adolescent females with and without a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 983-988.
- Cole, D., Ciesla, J., Dallaire, D., Jacquez, F., Pineda, A., LaGrange, B., et al. (2008). Emergence of attributional style and its relation to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 16-31.
- Conboy, J. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 145-158.
- Cook, M., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update guide to clinical decision making. *Psychiatry*, 6(9), 17-31.
- Corby, B. (1994). *Child Abuse: Towards a Knowledge Base*. Buckingham: Open University Press.
- Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1991). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 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. Soares, Araújo, S., & Caires, S. (Ed.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. VI). Braga: APPORT.
- Erickson, M., Egeland, B., & Pianta, R. (1991). The effects of maltreatment on development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3 ed.). London: Sage Publications.
- Friedrich, W., Urquiza, A., & Beilke, R. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 47-57.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gladstone, G., Parker, G., & Mitchel, P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revitalization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417-1425.
- Gladstone, T., Kaslow, N., Seeley, J., & Lewinsohn, P. (1997). Sex

- differences, attributional style and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 297-305.
- Gouveia, J. (1990). *Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão: Estudo de Interação com os Acontecimentos de Vida*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L., & Pezzi, J. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do childhood trauma questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40, 249-255.
- Grusec, J., & Walters, G. (1991). Psychological abuse and childrearing belief systems. In R. Starr & D. Wolf (Eds.), *The Effects of Child Abuse and Neglect*. New York: The Guilford Press.
- Haarasilta, L. (2003). *Major Depressive Episode in Adolescents and Young Adults: A Nationwide Epidemiological Survey Among 15-24 Years Old*. University of Helsinki, Helsinki.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues, C., Rutter, M., Fudge, H., & Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III links with suicidal behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1309-1319.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hartman, C., & Burgess, A. (1991). Sexual abuse of children: causes and consequences. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the Causes of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Herrenkohl, R., Herrenkohl, E., Egolf, B., & Wu, P. (1991). The developmental consequences of child abuse: the lehigh longitudinal study. In R. Starr & D. Wolf (Eds.), *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: The Guilford Press.
- Joiner, T., & Wagner, K. (1995). Attributional style and depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 8, 777-798.
- Kashani, J., Husain, A., Shekim, W., Hodges, K., Cytryn, L., & McKnew, D. (1981). Current perspectives on childhood depression: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 143-153.
- Kashani, J., Rosenberg, T., & Reid, J. (1989). Developmental perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 146, 871-875.
- Kent, L., Vostanis, P., & Feehan, C. (1997). Detection of major and minor depression in children and adolescents: Evaluation of the mood and feelings questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 565-573.
- Keyes, L. (2009). Brief description of the mental health continuum short form. Retrieved 30/12/2010, 2010, from [www.sociology.emory.edu/downloads/MHC-SF\\_Brief\\_Description.doc](http://www.sociology.emory.edu/downloads/MHC-SF_Brief_Description.doc)
- Kolko, D. (2002). Child physical abuse. In J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC: Handbook of Child Maltreatment* (pp. 21-54). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Martins, P. (2002). *Maus-tratos a Crianças: o Perfil de um Problema*. Universidade do Minho, Braga.
- Merikangas, K., Nakamura, E., & Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 7-20.
- Meyerson, L., Long, P., Miranda, R., & Marx, B. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment and

- gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26, 387-405.
- Moniz, A. (2007). *Depressão e Factores Cronobiológicos*. Universidade do Minho, Braga.
- Mueller, E., & Silverman, N. (1991). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Paivio, S., & Cramer, K. (2004). Factor structure and reliability of the childhood trauma questionnaire in a canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect*, 28, 889-904.
- Pataki, C., & Carlson, G. (1995). Childhood and adolescent depression: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 3(3), 140-151.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 45-62.
- Reinherz, H., Tanner, J., Paradis, A., Beardslee, W., Szigethy, E., & Bond, A. (2006). Depressive disorders. In C. Essau (Ed.), *Child and Adolescent Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications*. New York: Routledge.
- Rohde, P., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1289-1298.
- Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood disorders. In D. Wolf, & Mash, E. (Ed.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.
- Sadler, L. (1991). Depression in adolescents: Context, manifestations, and clinical management. *The Nursing Clinical of North America*, 26(3), 559-572.
- Scher, C., Stein, M., Asmundson, G., McCreary, D., & Forde, D. (2001). The childhood trauma questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 843-857.
- Seidman, E., Aber, J., Allen, L., & French. (1994). The impact of the transition to high school on the self-system and perceived social context of poor urban youth. *American Journal of Community Psychology*, 24(4), 489-515.
- Seidman, E., Allen, L., Aber, J., Mitchell, C., Feinman, J., Yoshikawa, H., et al. (1995). Development and validation of adolescent perceived microsystem scales: social support, daily hassles and involvement. *American Journal of Community Psychology*, 23(3), 355-388.
- Seidman, E., Lambert, L., Allen, L., & Aber, J. (2003). Urban adolescents' transition to junior high school and protective family transactions. *The Journal of Early Adolescence*, 23(2), 166-193.
- Seligman, M., Kaslow, N., Alloy, L., Peterson, C., Tanenbaum, R., & Abramson, L. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 235-238.
- Shafii, M., & Shafii, S. (1992). Clinical manifestations and developmental psychopathology of depression. In M. Shafii & S. Shafii (Eds.), *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents* (pp. 3-42). Washington: American Psychiatric Press.
- Smetana, J., & Kelly, M. (1991). Social cognition in maltreated children. In

- D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Son, S., & Kirchner, J. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*(15).
- Starr, R., MacLean, D., & Keating, D. (1991). Life-span developmental outcomes of child maltreatment. In R. Starr & D. Wolfe (Eds.), *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: The Guilford Press.
- Steele, B. (1986). Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. *Child Abuse & Neglect*, 10(3), 283-291.
- Thombs, B., Bernstein, D., Lobbetael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the dutch childhood trauma questionnaire - short form: Factor structure, reliability and knoen-groups validity. *Child Abuse & Neglect*, 33, 518-523.
- Van Praag, H., Kloet, R., & Van Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz-Serra, A. (2003). *Medicina - Temas actuais: Depressão*: Atral-Cipan.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e na adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49, 367-382.
- Williams, J. (2004). Depression. In D. Clark & C. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 259-283). Oxford: Oxford University Press.
- Wolfe, D., & McGee, R. (1991). Assessment of emotional status among maltreated children. In R. Starr & D. Wolf (Eds.), *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: The Guilford Press.
- Wolfe, D., Rawana, J., & Chiodo, D. (2006). Abuse and trauma. In D. Wolfe & E. Mash (Eds.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 642-671). New York: The Guilford Press.
- Zolotor, A., Kotch, J., Dufort, V., Winsor, J., Catellier, D., & Bou-Saada, I. (1999). School performance in a longitudinal cohort of children at risk of maltreatment. *Maternal and Child Health Journal*, 3(1), 19-27.

## Anexos

## Anexo 1 (Resultados)

### Índice

Quadro 1. Médias, desvios-padrão, correlações item-total e  $\alpha$  de Cronbach se o item for removido para cada item do CTQ

Quadro 2. Médias, desvios-padrão, correlações item-total e  $\alpha$  de Cronbach se o item for removido para cada item de desejabilidade do CTQ

Quadro 3. Primeira solução factorial encontrada

Quadro 4. Correlações item-factor para o Abuso Sexual, incluindo o item 1

Quadro 5. Consistência interna do factor Abuso Sexual, incluindo o item 1

Quadro 6. Médias, desvios-padrão, correlações item-total e  $\alpha$  de Cronbach se o item for removido de cada item do CTQ, excluindo o item 1

Quadro 7. Efeito mediador da Auto-crítica na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 8. Efeito mediador da Catastrofização na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 9. Efeito mediador da Catastrofização na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 10. Efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 11. Efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 12. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 13. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 14. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso e Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 15. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 16. Efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 17. Efeito mediador da Reorganização Positiva na relação a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Quadro 18. Efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia

Quadro 19. Regressão Múltipla para a Sintomatologia Depressiva nos Adolescentes

**Quadro 1. Médias, desvios-padrão, correlações item-total e  $\alpha$  de Cronbach se o item for removido para cada item do CTQ (n = 294)**

Itens	M	DP	r item total	$\alpha$ se item removido
1. Eu não tinha o suficiente para comer.	1.16	.525	.327	.905
2. Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger.	1.46	.993	.486	.902
3. Pessoas da minha família chamavam-me coisas como “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	1.56	.868	.471	.902
4. Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família.	1.08	.405	.450	.903
5. Havia alguém da minha família que me ajudava a sentir que eu era importante ou especial.	1.88	1.217	.514	.903
6. Eu tinha de usar roupas sujas.	1.11	.431	.599	.902
7. Eu sentia-me amado(a).	1.70	1.086	.497	.903
8. Eu pensava que os meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.	1.50	.980	.482	.903
9. Alguém da minha família me batia tão violentamente que eu tive de ir a um médico ou ao hospital.	1.12	.540	.555	.901
11. Pessoas da minha família batiam-me tão violentamente que eu ficava com nódoas negras ou marcas.	1.17	.563	.610	.900
12. Fui castigado(a) com um cinto, com uma tábua, com uma corda ou com qualquer outro objecto duro.	1.19	.650	.448	.903
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1.71	1.133	.592	.900
14. Pessoas da minha família diziam-me coisas dolorosas ou insultuosas.	1.37	.789	.525	.901
15. Eu creio que fui abusado(a) fisicamente.	1.17	.653	.582	.900
17. Batiam-me ou espancavam-me tão violentamente que isso foi notado por alguém como por exemplo um(a) professor(a), um(a) vizinho(a) ou um(a) médico(a).	1.10	.489	.587	.901
18. Eu sentia que alguém da minha família me odiava.	1.41	.872	.504	.902
19. As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras.	1.86	1.107	.594	.900
20. Alguém tentou tocar-me sexualmente ou tentou que eu o tocasse.	1.10	.492	.439	.903
21. Alguém ameaçou magoar-me ou dizer mentiras a meu respeito a não ser que eu fizesse algo sexual com eles.	1.11	.493	.606	.901
23. Alguém tentou obrigar-me a fazer coisas sexuais ou a ver coisas sexuais.	1.10	.461	.596	.901
24. Alguém me molestou.	1.16	.563	.539	.901
25. Eu creio que fui emocionalmente abusado(a).	1.18	.618	.490	.902
26. Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse.	1.39	.897	.580	.900

Itens	M	DP	r item total	α se item removido
27. Eu creio que fui sexualmente abusado(a).	1.09	.469	.591	.901
28. A minha família era uma fonte de força e de apoio.	1.61	1.005	.607	.899

**Quadro 2. Médias, desvios-padrão, correlações item-total e α de Cronbach se o item for removido para cada item de desejabilidade do CTQ (n = 294)**

CTQ (itens de desejabilidade)	M	DP	r item total	α se item removido
10. Não havia nada que eu quisesse mudar na minha família.	3.26	1.552	-.242	.845
16. Eu tive a infância perfeita.	3.98	1.066	-.466	.839
22. Eu tive a melhor família do mundo.	4.16	1.082	-.501	.841

**Quadro 3. Primeira solução factorial encontrada (n = 294)**

Itens	Componentes			
	F1 (Abuso Sexual)	F2 (Neg. Afectiva)	F3 (Abuso Físico)	F4 (Abuso Afectivo)
21. Alguém ameaçou magoar-me ou dizer mentiras a meu respeito a não ser que eu fizesse algo sexual com eles	.833		.357	
23. Alguém tentou obrigar-me a fazer coisas sexuais ou a ver coisas sexuais	.820		.321	
27. Eu creio que fui sexualmente abusado(a)	.811			
20. Alguém tentou tocar-me sexualmente ou tentou que eu o tocasse	.748			
24. Alguém me molestou	.690			
15. Eu creio que fui abusado(a) fisicamente	.669		.390	
25. Eu creio que fui emocionalmente abusado(a)	.535			
1. Eu não tinha o suficiente para comer	.445			
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras		.738		
19. As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras		.738		
5. Havia alguém da minha família que me ajudava sentir que eu era importante ou especial		.735		
2. Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger		.719		
7. Eu sentia-me amado(a)		.701		
26. Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse		.663		
28. A minha família era uma fonte de força e de apoio		.581		.476

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

Itens	Componentes			
	F1 (Abuso Sexual)	F2 (Neg. Afectiva)	F3 (Abuso Físico)	F4 (Abuso Afectivo)
4. Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família			.738	
9. Alguém da minha família me batia tão violentamente que eu tive de ir a um médico ou ao hospital			.709	
6. Eu tinha de usar roupas sujas			.694	
17. Batiam-me ou espancavam-me tão violentamente que isso foi notado por alguém como por exemplo um(a) professor(a), um(a) vizinho(a) ou um(a) médico(a)	.370		.663	
12. Fui castigado(a) com um cinto, com uma tábua, com uma corda ou com qualquer outro objecto duro			.625	
11. Pessoas da minha família batiam-me tão violentamente que eu ficava com nódoas negras ou marcas	.347		.588	.348
14. Pessoas da minha família diziam-me coisas dolorosas ou insultuosas				.712
3. Pessoas da minha família chamavam-me coisas como “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”				.655
8. Eu pensava que os meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido				.607
18. Eu sentia que alguém da minha família me odiava				.566
<b>Eigenvalues</b>	4.7	3.82	3.56	2.59
<b>% Variância</b>	18.80	15.26	14.23	10.35

**Quadro 4. Correlações item-factor para o Abuso Sexual, incluindo o item 1 (n = 294)**

Itens	1	15	20	21	23	24	25	27
1								
15	.282**							
20	.229**	.531**						
21	.275**	.705**	.726**					
23	.331**	.672**	.648**	.823**				
24	.298**	.514**	.472**	.527**	.586**			
25	.164**	.389**	.409**	.447**	.440**	.535**		
27	.329**	.607**	.506**	.752**	.748**	.643**	.506**	1

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

**Quadro 5. Consistência interna do factor Abuso Sexual, incluindo o item 1 (n = 294)**

Itens	Correlação Corrigida Item-Total	Alpha de Cronbach se o item for eliminado
1	.339	.898
15	.696	.865
20	.660	.868
21	.815	.853
23	.816	.855
24	.677	.866
25	.533	.883
27	.785	.857

**Quadro 6. Médias, desvios-padrão, correlações item-total e  $\alpha$  de Cronbach se o item for removido de cada item do CTQ, excluindo o item 1 (n = 294)**

Itens	M	DP	r item total	$\alpha$ se item removido
2. Eu sabia que havia alguém para cuidar de mim e para me proteger.	1.46	.993	.484	.902
3. Pessoas da minha família chamavam-me coisas como “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”.	1.56	.868	.471	.902
4. Os meus pais estavam demasiado bêbedos ou drogados para tomar conta da família.	1.08	.405	.454	.903
5. Havia alguém da minha família que me ajudava a sentir que eu era importante ou especial.	1.88	1.217	.516	.902
6. Eu tinha de usar roupas sujas.	1.11	.431	.600	.901
7. Eu sentia-me amado(a).	1.70	1.086	.500	.902
8. Eu pensava que os meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.	1.50	.980	.478	.902
9. Alguém da minha família me batia tão violentamente que eu tive de ir a um médico ou ao hospital.	1.12	.540	.560	.901
11. Pessoas da minha família batiam-me tão violentamente que eu ficava com nódoas negras ou marcas.	1.17	.563	.609	.900
12. Fui castigado(a) com um cinto, com uma tábua, com uma corda ou com qualquer outro objecto duro.	1.19	.650	.449	.902
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1.71	1.133	.593	.899
14. Pessoas da minha família diziam-me coisas dolorosas ou insultuosas.	1.37	.789	.523	.900
15. Eu creio que fui abusado(a) fisicamente.	1.17	.653	.577	.900
17. Batiam-me ou espancavam-me tão violentamente que isso foi notado por alguém como por exemplo um(a) professor(a), um(a) vizinho(a) ou um(a) médico(a).	1.10	.489	.591	.900
18. Eu sentia que alguém da minha família me odiava.	1.41	.872	.504	.901
19. As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras.	1.86	1.107	.595	.899

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

Itens	M	DP	r item total	$\alpha$ se item removido
20. Alguém tentou tocar-me sexualmente ou tentou que eu o tocasse.	1.10	.492	.435	.903
21. Alguém ameaçou magoar-me ou dizer mentiras a meu respeito a não ser que eu fizesse algo sexual com eles.	1.11	.493	.603	.900
23. Alguém tentou obrigar-me a fazer coisas sexuais ou a ver coisas sexuais.	1.10	.461	.590	.901
24. Alguém me molestou.	1.16	.563	.534	.901
25. Eu creio que fui emocionalmente abusado(a).	1.18	.618	.490	.901
26. Havia alguém que me levava ao médico se eu precisasse.	1.39	.897	.581	.899
27. Eu creio que fui sexualmente abusado(a).	1.09	.469	.585	.901
28. A minha família era uma fonte de força e de apoio.	1.61	1.005	.608	.898

**Quadro 7. Efeito mediador da Auto-crítica na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Passos para testar a mediação	Sintomatologia depressiva						$R^2$ Ajustado
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
<b>1º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Emocional</b>	.960	.117	0.434	.000	67.382	.000	.186
<b>2º Passo</b>							
<b>VD: Auto-crítica</b>							
<b>Preditor: Abuso Emocional</b>	.067	.018	0.213	.000	13.482	.000	.042
<b>3º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Emocional</b>	.916	.120	.417	.000			
<b>Auto-crítica</b>	.506	.389	.071	.194			
					33.288	.000	.186

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

**Quadro 8. Efeito mediador da Catastrofização na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Emocional	.960	.117	.434	.000	67.382	.000	.186
<b>2º Passo</b>							
VD: Catastrofização							
Preditor: Abuso Emocional	.063	.021	.173	.003	8.807	.003	.027
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Emocional	.902	.119	.411	.000			
Catastrofização	.661	.329	.109	.045	34.567	.000	.191

**Quadro 9. Efeito mediador da Catastrofização na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Negligência Emocional I	.358	.057	.347	.000	39.928	.000	.118
<b>2º Passo</b>							
VD: Catastrofização							
Preditor: Negligência Emocional	.024	.010	.136	.021	5.394	.021	.015
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Negligência Emocional	.350	.058	.335	.000			

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
Catastrofização	.839	.337	.138	.013			
					23.751	.000	.138

**Quadro 10. Efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Sexual	.479	.108	.252	.000	19.809	.000	.061
<b>2º Passo</b>							
VD: Reavaliação Positiva							
Preditor: Abuso Sexual	-.040	.018	-.129	.029	4.838	.029	.013
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Sexual	.415	.106	.221	.000			
Reavaliação Positiva	-1.464	.345	-.239	.000			
					19.201	.000	.113

**Quadro 11. Efeito mediador da Reavaliação Positiva na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Negligência Emocional	.385	.057	.347	.000	39.928	.000	.118
<b>2º Passo</b>							
VD: Reavaliação Positiva							

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>Preditor: Negligência Emocional</b>	-0.040	.010	-.236	.000	16.867	.000	.053
<b>3º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Negligência Emocional</b>	.321	.058	.308	.000			
<b>Reavaliação Positiva</b>	-1.199	.343	-.196	.001	27.180	.000	.155

**Quadro 12. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>1º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Sexual</b>	.479	.108	.252	.000	19.809	.000	.061
<b>2º Passo</b>							
<b>VD: Replaneamento</b>							
<b>Preditor: Abuso Sexual</b>	-.050	.017	-.173	.003	8.771	.003	.026
<b>3º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Sexual</b>	.321	.058	.308	.000			
<b>Replaneamento</b>	-1.467	.368	-.227	.001	18.053	.000	.107

**Quadro 13. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Negligência Emocional	.385	.057	.347	.000	39.928	.000	.118
<b>2º Passo</b>							
VD: Replaneamento							
Preditor: Negligência Emocional	-1.753	.350	-.284	.000	25.037	.000	.078
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Negligência Emocional	.317	.058	.369	.000			
Replaneamento	-1.152	.369	-.178	.002	25.780	.000	.148

**Quadro 14. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso e Negligência Física e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso e Negligência Física	.303	.142	.124	.034	4.536	.034	.012
<b>2º Passo</b>							
VD: Replaneamento							
Preditor: Abuso e Negligência Física	-.057	.022	-.152	.010	6.761	.010	.020
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	B	SE B	$\beta$	p	F	p	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>Preditor:</b>							
Abuso/Negligência Física	.317	.058	.369	.000			
Replaneamento	-1.612	.375	-.249	.000			
					11.722	.000	.070

**Quadro 15. Efeito mediador do Replaneamento na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	B	SE B	$\beta$	p	F	p	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>1º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Emocional</b>	.960	.117	.434	.000	67.382	.000	.186
<b>2º Passo</b>							
<b>VD: Replaneamento</b>							
<b>Preditor: Abuso Emocional</b>	-.066	.020	-.193	.001	10.943	.001	.034
<b>3º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Emocional</b>	.864	.118	.394	.000			
Replaneamento	-1.196	.348	-.185	.001			
					39.348	.000	.213

**Quadro 16. Efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Sexual e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	B	SE B	$\beta$	p	F	p	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>1º Passo</b>							
<b>VD: CDI total</b>							
<b>Preditor: Abuso Sexual</b>	.479	.108	.252	.000	19.809	.000	.061

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	B	SE B	$\beta$	p	F	p	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>2º Passo</b>							
VD: Reorganização Positiva							
Preditor: Abuso Sexual	-.044	.019	-.135	.023			
					5.260	.023	.015
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Sexual	.400	.104	.213	.000			
Reorganização Positiva	-1.638	.317	-.287	.000			
					23.787	.000	.138

**Quadro 17. Efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Negligência Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	B	SE B	$\beta$	p	F	p	R <sup>2</sup> Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Negligência Emocional	.358	.057	.347	.000			
					39.928	.000	.118
<b>2º Passo</b>							
VD: Reorganização Positiva							
Preditor: Negligência Emocional	-.040	.011	-.216	.000			
					14.008	.000	.044
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor Negligência Emocional	.313	.057	.300	.000			
Reorganização Positiva	-1.436	.314	-.251	.000			
					32.156	.000	.179

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

**Quadro 18. Efeito mediador da Reorganização Positiva na relação entre a ocorrência de Abuso Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

Sintomatologia depressiva							
Passos para testar a mediação	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$R^2$ Ajustado
<b>1º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Emocional	.960	.117	.434	.000	67.382	.000	.186
<b>2º Passo</b>							
VD: Reorganização Positiva							
Preditor: Abuso Emocional	-.059	.023	-.153	.000	6.799	.000	.020
<b>3º Passo</b>							
VD: CDI total							
Preditor: Abuso Emocional	.856	.115	.390	.000			
Reorganização Positiva	-1.440	.299	-.252	.000	46.283	.000	.242

**Quadro 19. Regressão Múltipla para a Sintomatologia Depressiva nos Adolescentes (*n* = 166)**

Preditores	<i>B</i>	<i>SEB</i>	$\beta$	<i>p</i>
<b>CTQ</b>				
Abuso Sexual	.440	.140	.223	.002
Negligência Emocional	.072	.083	.071	.386
Abuso e Negligência Física	-.248	.199	-.091	.215
Abuso Emocional	.727	.177	.32	.000
<b>CERQ</b>				
Ruminação	1.379	.569	.208	.017
Auto-crítica	.479	.576	.070	.408
Reorganização Positiva	-.659	.490	-.118	.181
Replaneamento	-1.202	.691	-.196	.084
Reavaliação Positiva	-1.578	.645	-.273	.016
Por Outra Perspectiva	1.170	.617	.186	.060
Catastrofização	-.212	.510	-.036	.678
<b>BSI</b>				
Depressão	.653	.936	.070	.486
Ansiedade	-.886	1.228	-.084	.472
Hostilidade	-.800	.975	-.078	.413
Ideação Paranóide	1.828	.745	.25	.015

Quanto mais me bates, menos gosto de mim:  
A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência  
Ana Rita dos Reis Pereira (e-mail: ritareisp@gmail.com) 2012

