



UC/FPCE — 2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O Papel da Regulação Emocional e dos
Acontecimentos de Vida no Desenvolvimento da
Perturbação Depressiva *Major* na Adolescência:
Estudo Longitudinal**

Renata Gabriela Mimoso de Miranda
(e-mail: renata__miranda@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde (sub-área
de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais
nas Perturbações Psicológicas e Saúde) sob a orientação do
Professor Doutor José Augusto Veiga Pinto Gouveia

Papel da Regulação Emocional e dos Acontecimentos de Vida no Desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major* na Adolescência: Estudo Longitudinal

O objectivo deste estudo longitudinal consistiu na análise dos acontecimentos de vida indutores de *stress* a que estão sujeitos os adolescentes implicados no estudo, e as estratégias cognitivas de regulação emocional usadas pelos mesmos para lidar com esses acontecimentos, no sentido de perceber o impacto destas variáveis no desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major*. A amostra recolhida é constituída por 117 adolescentes de ambos os sexos (82 são do sexo feminino e 35 do sexo masculino) e com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos ($M=14.13$ e $DP=.650$), recrutados de diversas Escolas de Portugal (frequentando os 8º, 9º e o 10º anos de escolaridade). Para o estudo das variáveis referidas, as medidas utilizadas foram o *Child Depression Inventory* (CDI; M. Kovacs P. D. D., 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994), o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009) e o *Daily Hassles Microsystem Scale* (Seidman et al., 1995; tradução e adaptação Cherpe, S., Matos, A. P., Paiva, A. M., 2009), para avaliar a sintomatologia depressiva, as estratégias cognitivas de regulação emocional e os acontecimentos de vida, respectivamente. Do cruzamento destas variáveis, os resultados mostraram que estratégias adaptativas de regulação emocional podem proteger o indivíduo do desenvolvimento da sintomatologia depressiva, ao contrário das desadaptativas, que os vulnerabilizam para a Depressão. Verificou-se a existência de uma relação entre os acontecimentos de vida negativos e a Depressão, sendo que esta relação é mais forte quando pesquisada a predição da sintomatologia nos eventos de *stress* (o que remete para a circularidade desta relação). Constatou-se, ainda, que algumas estratégias desadaptativas de regulação emocional (como a *auto-crítica*, *ruminação* e *catastrofização*) podem ainda assumir um papel de mediador entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva, o que pode revelar-se útil no futuro, em termos de implicações para investigações futuras e para a própria prática clínica.

Palavras-chave: Depressão, Adolescência, Regulação Emocional, Acontecimentos de Vida, Estudo Longitudinal.

The Role of Emotion Regulation and Stressful Life Events on The Emergence of Depression in Adolescence: Longitudinal Study

The goal of this longitudinal study was to analyze the relation between depression and the cognitive strategies of emotion regulation that adolescents use more often to deal with stressful life events in order to understand the impact of these variables in the future development of Depressive Disorder. The collected sample consists of 117 adolescents of both sex (82 females and 35 males), with ages between 13 and 15 years ($M=14.13$ and $DP=.650$), recruited from various Schools of Portugal (attending 8th, 9th and 10th school years). For the study of these variables, the measures used to evaluate the depressive symptoms, cognitive strategies of emotion regulation, and stressful life events were the *Child Depression Inventory* (CDI; M. Kovacs P. D. D., 1983; Portuguese version: Marujo, 1994), the *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; translation and adaptation by Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009) and the *Daily Hassles Microsystem Scale* (Seidman et al., 1995; translation and adaptation by Cherpe, S., Matos, A. P., Paiva, A. M., 2009), respectively. The results of the crossing of these variables, showed that adaptative strategies of emotion regulation can protect individuals from developing symptoms of depression, unlike the maladaptative one's can carry to Depression. There was found a relation between negative life events and Depression, and this relation was stronger when studied depressive symptoms as a predictor of stress events (which refers to the circularity of this relationship). It was also found that some maladaptative cognitive strategies of emotion regulation (such as *self-blame*, *rumination* and *catastrophizing*) may play a role of mediator between negative life events and depressive symptoms, which can be useful in the future, in terms of implications for further research and for clinical practice itself.

Key-Words: Depression, Adolescence, Emotional Regulation, Life Events, Longitudinal Study.

Agradecimentos

Aos meus pais, que dificilmente arranjo palavras para lhes mostrar o quão grata estou por me terem permitido chegar até aqui, com todos os seus esforços: sem vocês, era impossível ter realizado este sonho

À minha irmã, que sempre me ajudou e apoiou nas minhas decisões, que esteve sempre presente nos momentos em que me apetecia desistir por ser este um percurso tão custoso: não sei o que seria de mim sem ti

Aos meus amigos Lord, Duque, Kika, Tozé, Xico, Mia e Lucky, pela paz e momentos de descontração que me transmitiam sempre que estava com a cabeça "cheia" de preocupações por todo o trabalho que tinha que realizar

Às minhas colegas e amigas Sabrina, Soraia e em especial à Eduarda, que partilharam comigo o ano mais desafiante e trabalhoso de todo o curso: obrigada!

Às companheiras Cristiana Marques, Inês Ribeiro, Sara Oliveira e Cátia, pela ajuda e partilha ao longo de todo o ano, ajudando-me a ver e viver as experiências de uma forma mais tranquila, aceitando a impossibilidade de as alterar

À Dra. Sónia Cherpe, que desde o primeiro momento se mostrou disponível para nos "guiar" ao longo deste percurso

À Professora Doutora Ana Paula Matos, pela partilha de conhecimento e incentivo à realização de um trabalho rigoroso

Ao Professor Doutor José Pinto Gouveia, pela sabedoria inesgotável e olhar crítico que nos incita

E, por último mas não menos importante, a todas as Escolas e a todos os adolescentes que se disponibilizaram a colaborar nesta investigação...

Muito obrigada!

Índice

Introdução	6
I. Enquadramento Conceptual	7
1.1. A Adolescência e a Perturbação Depressiva <i>Major</i>	7
1.1.1. Modelo Cognitivo da Depressão.....	9
1.2. Regulação Emocional.....	10
1.2.1. Regulação Emocional e Adolescência.....	10
1.2.2. Regulação Emocional e Depressão.....	12
1.3. Acontecimentos de Vida.....	15
1.4. Adolescência e Exposição ao <i>Stress</i>	17
II. Objectivos	18
III. Metodologia	19
3.1 Amostra.....	19
3.2 Descrição dos Instrumentos.....	20
3.2.1. <i>Children Depression Inventory</i>	20
3.2.2. <i>Daily Hassles Microsystem Scale</i>	21
3.2.3. <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i>	22
3.3 Procedimento.....	23
IV. Resultados	25
4.1. Estudo I - Relações entre as variáveis em estudo e as variáveis sócio-demográficas.....	25
4.1.1. Sexo.....	25
4.1.2. Idade.....	26
4.1.3. Escolaridade.....	26
4.2. Estudo II – As estratégias cognitivas de regulação emocional e os acontecimentos de vida como possíveis preditores do aparecimento da Perturbação Depressiva <i>Major</i> , em Adolescentes.....	27
4.2.1. Estudo da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva.....	27
4.2.2. Estudo da relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva.....	33
4.3. Estudo III – O poder preditivo da sintomatologia depressiva em T1 nos acontecimentos de vida em T2.....	35
4.4. Estudo IV – Estudo da mediação das estratégias cognitivas de regulação emocional (em T2), entre os acontecimentos de vida (em T1) e a sintomatologia depressiva (em T2).....	40
4.4.1. Estudo do efeito mediador da <i>auto-crítica</i> na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva.....	40
4.4.2. Estudo do efeito mediador da <i>ruminação</i> na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva.....	42
4.4.3. Estudo do efeito mediador da <i>catastrofização</i> na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva.....	43
V. Discussão	44
VI. Conclusões	52
VII. Bibliografia	53
VIII. Anexos	57

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, para o ano de 2020, a Depressão seja das doenças com maior prevalência na população geral. Neste âmbito, e tendo em conta as sérias consequências do seu aparecimento na adolescência, tem havido um aumento da preocupação em torno da referida perturbação nesta faixa etária. Embora esta etapa da vida tenha sido muitas vezes “negligenciada” no que toca a possíveis quadros psicopatológicos (as queixas dos adolescentes eram subvalorizadas pelo facto de estarem numa fase de grandes mudanças), tem existido um aumento de considerações relativamente à possibilidade de ter em conta psicopatologia nesta idade. Deste modo, e remetendo para a Perturbação Depressiva, o aumento da preocupação em torno da sua prevalência e das implicações do seu aparecimento nos jovens, dirige a atenção para a urgência do desenvolvimento de investigação que ajude a identificar e prevenir o risco.

Como referido, na faixa etária considerada existem sérias consequências do aparecimento e desenvolvimento deste quadro psicopatológico. Entre elas, contam-se o risco elevado de suicídio, baixo rendimento escolar/ académico, aumento dos problemas com a família e com os pais, aumento do consumo de substâncias e aumento dos problemas de comportamento/ conduta.

Pela importância já demonstrada, esta dissertação de Mestrado colocará ênfase na Perturbação Depressiva *Major* no momento desenvolvimental da adolescência, tentando perceber a importância dos acontecimentos de vida indutores de *stress* e das estratégias cognitivas de regulação emocional, no desenvolvimento desta psicopatologia. Assim, o objectivo é estudar o poder preditor das variáveis referidas na sintomatologia depressiva nos jovens, sendo estas variáveis estudadas longitudinalmente (*follow-up* de 12 meses). A sua análise será realizada privilegiando uma complementaridade entre resultados de adaptação positivos (dizendo estes respeito aos factores protectores) e negativos (factores de risco).

Esta proposta de Dissertação de Mestrado surgiu pelo motivo de estar, actualmente, a ser realizada uma investigação intitulada “Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses”, que decorre no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental – CINEICC, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra – FPCEUC, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Matos e realizado em parceria com Edward Craighead (Universidade de Emory, EUA) e Eiríkur Arnarson (Hospital e Universidade de Landspilali, Islândia), que necessita deste e de outros contributos para dar continuidade ao trabalho que está a ser desenvolvido.

I – Enquadramento Conceptual

1.1. A Adolescência e a Perturbação Depressiva *Major*

A adolescência é um período do ciclo de vida marcado pelo conceito de desenvolvimento, uma vez que durante esta fase o organismo vai sofrer modificações fundamentais e que marcam sucessivamente quatro esferas do desenvolvimento: o corpo, o pensamento, a vida social e a representação de si. As mudanças biológicas que acompanham o emergir e desenvolver da adolescência devem ser tidas em conta, dando-lhes particular importância, e não esquecendo de colocar ênfase também ao nível das mudanças sociais, que são igualmente importantes. É na referida faixa etária que as pessoas se começam a tornar mais autónomas, que começam a alterar as suas relações de suporte com os pares e com os pais, verifica-se um aumento da maturação sexual o que faz com que se envolvam em relações amorosas, e atribuem uma maior importância aos estímulos sociais preocupando-se com as avaliações sociais, por parte dos outros. Adicionalmente, têm maior responsabilidade em tarefas de desempenho, ocupacionais e de trabalho – para além de enfrentarem mudanças académicas desafiadoras (tanto ao nível escolar, como recreativo, ou outras actividades competitivas) que podem ter implicações em ocupações futuras destes jovens. Como os adolescentes experienciam esta maior autonomia, estão também mais expostos a eventos stressores, incluindo uma ampla gama de eventos para os quais contribuem directa ou indirectamente (Hammen, 2009).

A importância de concentrar a atenção na adolescência, prende-se com o que tem sido verificado através de alguns estudos, de que o aparecimento do primeiro episódio depressivo ocorre entre os 11 e os 14 anos de idade (Hammen et al., 2008; Merikangas & Knight, 2008). A Perturbação Depressiva em adolescentes é considerada comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade, representando um sério problema de saúde pública (Bahls & Bahls, 2002). A informação existente acerca da prevalência da Perturbação Depressiva nestas idades mostra algumas diferenças (em termos raciais e de estatuto socioeconómico, por exemplo), que variam de estudo para estudo. Contudo, o ponto em que existe um maior acordo entre os estudos tem a ver com as diferenças de género (sendo as raparigas quem apresenta valores mais elevados de sintomatologia depressiva) e a idade de início da perturbação (Essau & Ollendick, 2008). A prevalência da Depressão *Major* em adolescentes varia de 3,3 a 12,4%, com claro predomínio das raparigas em relação aos rapazes, e em relação ao factor idade (Bahls & Bahls, 2002). Em 2007, 8% de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos experimentaram episódios depressivos. Dados recentes de estudos realizados nos Estados Unidos da América, têm ainda mostrado que a probabilidade de existirem episódios depressivos na adolescência aumenta com a idade, o que faz com que haja uma maior percentagem destes episódios (11,5%) nas idades 16 e 17 anos (Anderson, 2012). Acresce ainda o facto de mais de 70% das crianças e adolescentes com quadro depressivo,

não serem alvo de diagnóstico e tratamento adequados (Brendgen et al., 2005; Bhatia & Bhatia, 2007). Em Portugal, por sua vez, a prevalência de sintomas depressivos entre a população adolescente é de cerca de 11% (Cardoso et al., 2004). Apesar destas variâncias, a Depressão é, provavelmente, das perturbações psicológicas com maior prevalência na adolescência (Hutz, 2002).

Para além das alarmantes considerações em torno da sua prevalência, existem ainda características que nos mostram o prejuízo que o aparecimento desta perturbação na faixa etária considerada pode ter. Têm sido encontrados vários factores que podem estar a funcionar como risco para o desenvolvimento da Depressão. Importa referir que por factores de risco se entendem condições ou características que aumentam a probabilidade de aparecimento e/ ou reaparecimento da perturbação, em vez de causar directamente Depressão. Como factores de risco têm sido encontrados a depressão parental, os conflitos familiares/ ambiente familiar disfuncional (Tennant, 2002; Bahls, 2002; Mufson et al., 2004), a inconsistência parental, os conflitos interpessoais, doenças físicas, o *stress* materno, e os acontecimentos de stress nos progenitores e no próprio adolescente, (Tennant, 2002), a existência de um desempenho académico baixo, predominância de outras Perturbações do Humor, a própria falta de percepção de apoio (Bahls, 2002; Mufson et al., 2004), assim como a idade de início e o facto de o indivíduo ser do género feminino (Mufson et al. (2004). Todos os referidos são importantes preditores do aparecimento da Perturbação Depressiva na adolescência. O facto de esta ser considerada uma doença grave, que pode levar os adolescentes ao isolamento, baixo rendimento escolar, uso de drogas como tentativa de se sentir melhor, baixa auto-estima ou lentificação (Tennant, 2002), mostra também a importância de aprofundar o conhecimento em torno desta temática.

A Perturbação Depressiva nesta fase de desenvolvimento, reveste-se de ainda maior importância quando se considera a questão do comportamento suicida. Existem relatos de comportamento suicida e suicídio já em crianças pré-escolares, sendo que a ocorrência em adolescentes está a aumentar. Calcula-se que a Depressão seja a responsável pela maioria dos suicídios nos jovens, alcançando valores próximos dos 10% nos casos de Depressão *Major* (Bahls, 2002). Este aspecto, e tendo em consideração que existe um amplo consenso acerca da elevada probabilidade de aparecimento da Depressão na Adolescência, é mais uma referência fundamental que mostra a necessidade de se desenvolverem estudos para ajudar na identificação e prevenção do risco, nesta fase do desenvolvimento (Essau & Ollendick, 2008).

No que diz respeito à natureza e definição da Depressão, têm-se evidenciado contradições: é heterogénea na sua expressão, multicausal na sua explicação (com factores etiológicos educacionais, culturais, ambientais e orgânicos – compreendendo, assim, factores extrínsecos e intrínsecos ao próprio indivíduo) e com prognóstico muito variado, quando perspectivada ao longo do ciclo de vida (Marujo, 2000). Já o Modelo Ecológico do

Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, ajuda a considerar quais os recursos e riscos dos adolescentes que estão disponíveis em cada nível. Adoptando uma visão mais ampla do ambiente individual, remete-nos para aspectos positivos e negativos do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979), que pode afectar o bem-estar do adolescente.

Deste modo, e para um melhor entendimento da Depressão, torna-se necessário colocar ênfase nas complexas trocas entre o indivíduo e o seu meio ambiente circundante, e entre os múltiplos factores explicativos já referidos, que estão envolvidos nessas trocas constantes (Hammen, 2009), que tanto podem funcionar como factores de risco ou de protecção, no desenvolvimento de psicopatologia no jovem (Bahls, 2002).

As Perturbações do Humor estão entre as mais frequentes e penosas perturbações na adolescência. O primeiro episódio de Perturbação Depressiva *Major* ou Distímia durante a adolescência, como supracitado, marca o começo de uma perturbação recorrente, que é susceptível de conduzir a dificuldades presentes ao longo da vida da pessoa. Existem dados consistentes e com base científica que sustentam a necessidade de desenvolver e avaliar programas para adolescentes “em risco”, no sentido de prevenir o primeiro episódio depressivo (Arnarson & Craighead, 2009).

1.1.1. Modelo Cognitivo da Depressão

Num indivíduo deprimido, as idiosincrasias no que respeita à sua actividade cognitiva deve ser vista tendo por base o clássico Modelo Cognitivo da Depressão de Beck. Este Modelo oferece a hipótese de predisposição para a depressão, e propõe que as experiências precoces providenciam a base para a formação de conceitos negativos sobre si, sobre o futuro e sobre o mundo externo. Sugere ainda que não existe uma diferença qualitativa entre os processos de pensamento da maioria dos indivíduos deprimidos e dos não deprimidos; pelo contrário, a Depressão exagera e intensifica os processos que estão presentes em todos nós. Acresce ainda o facto de as cognições influenciarem o humor, o que não implica que o pensamento negativo cause Depressão, uma vez que esta resulta da combinação entre predisposições biológicas, desenvolvimentais, sociais, psicológicas e variáveis precipitantes (Beck et al., 1979).

Este Modelo postula três conceitos específicos para explicar a natureza psicológica da depressão, sendo eles: 1) a tríade cognitiva; 2) os esquemas; 3) e os erros cognitivos (erros no processamento da informação). A tríade cognitiva consiste em três padrões cognitivos principais, que induzem no doente o olhar para si próprio, para o futuro e para as suas experiências de uma forma idiosincrática. A tríade cognitiva engloba: 1) visão negativa de si próprio (em que a pessoa se vê como um ser inadequado, defeituoso, doente e sem valor); 2) interpretação das suas experiências de forma negativa; e 3) visão negativa do futuro (em que o indivíduo antecipa que as suas dificuldades ou sofrimento vão continuar indefinidamente). O Modelo Cognitivo da Depressão também pode explicar os sintomas físicos da Depressão, como a apatia e a falta de energia,

podendo estes ser o resultado da crença do doente de que é “condenado ao fracasso” em todos os seus esforços. A visão negativa do futuro também pode levar à inibição psicomotora (Beck et al., 1979).

No que à organização estrutural do pensamento depressivo diz respeito, surge a noção de esquema. Estes esquemas são padrões cognitivos estáveis, que são usados para explicar porque é que um pensamento depressivo se mantém, tendo por base o objectivo de despistar a evidência objectiva de factores/ aspectos positivos na vida pessoal do indivíduo, e seu posterior processamento. Quando a pessoa está numa circunstância particular, o esquema relacionado com essa circunstância é activado. A pessoa categoriza e avalia as suas experiências através de um conjunto de esquemas, e quando estes esquemas idiossincráticos se tornam mais activos, são evocados por uma vasta gama de estímulos que se ligam negativa e logicamente entre si. Como os esquemas idiossincráticos levam a distorções da realidade, levarão posteriormente a erros no pensamento do indivíduo, e este estará menos capaz para perceber que as suas interpretações negativas são erradas (Beck et al., 1979).

O último componente específico deste Modelo Cognitivo diz respeito aos erros/ distorções no processamento da informação. Estes erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida mantêm a crença do doente na validação dos conceitos negativos, despistando a presença de evidência contraditória. Destas distorções no processamento da informação contam-se várias, essenciais à compreensão do pensamento da pessoa deprimida, tais como: 1) interferência arbitrária; 2) abstracção selectiva; 3) sobregeneralização; 4) maximização e minimização; 5) personalização; e 6) pensamento dicotómico (Beck et al., 1979).

Tendo por base o referido funcionamento cognitivo, este Modelo ajuda a perceber como se processa o pensamento de uma pessoa deprimida, ponto este fundamental para a conceptualização das formas de resposta de uma pessoa com sintomatologia depressiva a determinados eventos indutores de *stress*, nomeadamente no que respeita às suas estratégias cognitivas de regulação emocional.

Neste sentido, remeto agora a atenção para a regulação das emoções, para as suas particularidades na adolescência e sua ligação com a Perturbação Depressiva *Major*.

1.2. Regulação Emocional

1.2.1. Regulação Emocional e Adolescência

As “emoções” são multidimensionais, e existem como fenómenos subjectivos, biológicos, intencionais e sociais, sendo em parte sentimentos subjectivos que nos fazem sentir de um modo particular, como zangados ou felizes. São reacções biológicas que preparam o corpo para responder a determinadas situações com que cada um se depara. São agentes intencionais no sentido em que geram um desejo motivacional para ter determinados comportamentos e não outros, assumindo ainda o papel de fenómeno social – quando se tornam reconhecíveis por expressões faciais, postura e

vocalizações que sinalizam e comunicam aos outros a qualidade e intensidade das nossas emoções. Pode ainda afirmar-se que as emoções emergem de situações de vida avaliadas como significativas para o nosso bem-estar. O “humor”, por outro lado, emerge de processos que estão mal definidos, e que são muitas vezes desconhecidos. O humor influencia principalmente a cognição e directamente aquilo que a pessoa pensa (enquanto as emoções influenciam, maioritariamente, o comportamento). Uma outra diferença que tem sido apontada entre a “emoção” e o “humor” prende-se com a sua duração, em que as emoções duram normalmente segundos, podendo durar minutos, e o humor é o resultado de acontecimentos mentais que duram horas e, por vezes, dias – o humor é mais duradouro do que as emoções (Reeve, 2009).

Contudo, as mudanças nas emoções e no humor ocorrem com frequência e de forma regular, podendo estas tornar-se tão severas que deixam de ser adequadas ao desenvolvimento ou adaptação. É neste momento que deve ser avaliada a possibilidade de existência de uma Perturbação Internalizante no indivíduo, como é o caso da Perturbação Depressiva *Major* (Anderson, 2012).

Tem sido enfatizado que as emoções são na grande maioria das vezes, embora nem sempre, úteis. A ideia de que as emoções podem por vezes ser “calorosas”, remete para a noção de regulação emocional, que se refere ao processo que serve para aumentar ou manter, um ou mais aspectos das emoções (Werner & Gross, 2010).

Embora não haja consenso na definição da regulação emocional, aquela que tem sido largamente aceite, pertence a Thompson (1994): “Os processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis por monitorizar, avaliar, e modificar as reacções emocionais, especialmente a sua intensidade e características temporais, para concretizar os objectivos de cada um” (pp. 27-28). Esta definição inclui o adolescente e o seu contexto social como parte integrante do processo regulatório, tendo ambos uma importância central no processo de regulação emocional (Compas et al., 2008). Contudo, e segundo Gross (1998b), a regulação emocional diz respeito aos processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como as experienciam e expressam. Esta definição remete para processos que podem ser conscientes ou inconscientes, voluntários ou involuntários, automáticos ou controlados, e cuja influência se estende a qualquer fase do processo de formação das emoções (Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007).

Tem sido defendido que a capacidade de colocar o foco atencional longe das fontes de *stress* e dos sentimentos a elas associados, representa o principal objectivo da regulação emocional, defendendo que as respostas de regulação emocional ao *stress* são produto de uma aprendizagem que se desenrola desde a infância, e é modelada pelos contextos sociais, particularmente no seio familiar (Compas et al., 2008).

As estratégias cognitivas de regulação emocional são uma variável central na compreensão da relação entre acontecimentos de vida de *stress* e o

desenvolvimento de sintomas depressivos, durante a adolescência.

A adolescência é um período crítico do desenvolvimento da capacidade de regulação das emoções e de lidar com o *stress*. É neste período que há um aumento da autonomia na capacidade de regular o comportamento, a emoção, a cognição, a fisiologia, e o relacionamento que se estabelece com o meio social. Paralelamente a estes avanços nas capacidades de *coping* e de regulação das emoções, a adolescência é também um período marcado pelo aumento da vulnerabilidade no desenvolvimento desse mesmo processo de regulação e dos acontecimentos de *stress* que criam emoções instáveis, e que dificultam a resposta do adolescente perante determinados acontecimentos de vida (Compas et al., 2008; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2008). As novas e desafiadoras exigências da passagem do Ensino Básico para o Ensino Secundário podem criar ansiedade acerca do ser-se capaz de cumprir determinadas tarefas, e pode gerar tristeza quando não se conseguem atingir os objectivos definidos. De modo semelhante, a perda de amigos, o ser gozado pelos outros, as rejeições dos primeiros interesses amorosos e as mudanças físicas da puberdade, são aspectos que podem originar no adolescente um humor negativo. De facto, tem sido sugerido que a inadequação face às mudanças da puberdade no que respeita às estratégias cognitivas de regulação emocional utilizadas para lidar com elas, constituem um factor de alto risco para o desenvolvimento da Depressão nos adolescentes. Todas estas emoções podem ser reguladas por um *coping* eficaz, porém quando os adolescentes não desenvolvem determinadas estratégias cognitivas de regulação emocional, os sintomas depressivos poderão exacerbar-se. Uma questão central dos adolescentes é aprender a regular o afecto e o comportamento de forma adaptativa e independente dos adultos, que durante a infância foram o seu suporte (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2008).

A regulação emocional refere-se então às mudanças associadas com a activação das emoções, incluindo alterações na emoção ou nos processos psicológicos relacionados com a emoção. Especificamente, o *coping* refere-se à regulação das emoções e a outros processos biológicos e psicológicos igualmente importantes (a regulação emocional pode ser vista como um subconjunto do *coping*), presentes perante determinadas circunstâncias, isto é, em resposta ao *stress*. Por outro lado, a regulação emocional é um processo que decorre em circunstâncias que podem ser ou não de *stress*. Se esta capacidade de regular as emoções falha ao longo do desenvolvimento de alguns adolescentes, estes ficam mais vulneráveis aos efeitos do *stress*, principalmente em termos do risco de desenvolvimento de Depressão. De facto, é notório como esta perturbação não só tem aumentado de prevalência e incidência durante a adolescência, como também passou a ser conceptualizado como um problema que impede ou interrompe o processo de regulação emocional (Compas et al., 2008).

1.2.2. Regulação Emocional e Depressão

Muitas das condições psiquiátricas descritas no DSM-IV envolvem

processos mal-adaptativos de regulação das emoções. Analisar as perturbações clínicas tendo por base a regulação emocional, ajuda a delinear mecanismos que são comuns a determinados distúrbios psicológicos (Werner & Gross, 2010).

Estudos acerca da regulação emocional e da Depressão sugerem que problemas no processo de regulação emocional se relacionam com baixos níveis de emoções positivas e elevados níveis de emoções negativas nos jovens deprimidos. Num estudo feito a adolescentes da população geral, em que Garnefski e Kraaij (2006) aplicaram o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ; Garnefski et al., 2003; Garnefski et al., 2007), os resultados demonstraram que as respostas de ruminação, auto-crítica e catastrofização estão directamente relacionadas com elevada sintomatologia depressiva nos adolescentes, enquanto as respostas de reavaliação positiva aparecem inversamente relacionadas com os sintomas depressivos (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2007), tendo assim mostrado ser uma estratégia adaptativa de regulação emocional (Werner & Gross, 2010). A influência destas estratégias cognitivas demonstra que estratégias como a auto-crítica, a ruminação e a catastrofização detêm um importante papel na influência dos acontecimentos de vida negativos e no desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes (Garnefski et al., 2001; Garnefski, et al., 2003). De facto, muitos jovens nasceram em famílias que apresentam níveis muito elevados de *stress* e adversidade, e a sua exposição pode oprimir as possíveis capacidades para lidar eficazmente com as adversidades, à medida que vão crescendo (Hazel et al., 2008).

Anterior aos dados supracitados, tinha sido já encontrada uma forte relação entre o *stress* e a sintomatologia depressiva para aqueles que utilizam estratégias cognitivas de auto-crítica e ruminação, ao passo que a associação inversa foi encontrada para aqueles que utilizam a estratégia reavaliação positiva. Estes resultados sugerem que determinadas estratégias cognitivas de regulação emocional têm um importante papel na determinação do momento em que os adolescentes desenvolvem problemas emocionais depois de experienciados determinados eventos de *stress*. Assim, nos adolescentes vulneráveis, a reacção ao *stress* tende a ser feita através da utilização de estratégias mais negativas (e.g., auto-crítica e ruminação), em vez de estratégias mais positivas (e.g., reavaliação positiva) (Kraaij et al., 2003).

A regulação emocional pode ainda tornar-se disfuncional quando as emoções que alguém está a tentar regular não precisam de ser reguladas, e quando o próprio processo de regulação das emoções “atrapalha” o atingir de actividades significativas para a pessoa. As estratégias usadas para regular as emoções são importantes, precisamente porque a forma como cada um responde aos eventos emocionais, e particularmente às avaliações verbais que faz desses mesmos eventos, afecta as consequências emocionais que se seguem (Eifert & Forsyth, 2005). Assim, a regulação emocional é mal-adaptativa ou disfuncional quando não se altera a resposta emocional no sentido desejado (e.g., diminuindo o afecto negativo) ou quando os custos a

longo-prazo (e.g., diminuição do trabalho, do funcionamento social e da vitalidade) ultrapassam os benefícios dos efeitos a curto prazo da emoção (e.g., alívio e diminuição temporária da ansiedade). No caso da psicopatologia, uma regulação emocional ineficaz pode ocorrer de várias maneiras (Werner & Gross, 2010).

Das estratégias relacionadas com a Depressão, a ruminação é a que tem sido mais amplamente estudada. Os estudos realizados até à data demonstram que os adultos propensos à ruminação tendem a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como Perturbação Depressiva *Major* (Nolen-Hoeksema et al., 1999; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009), sendo o sexo feminino que mais tende a recorrer à ruminação.

Para além da referida estratégia, existem outras formas de regulação emocional que são comumente utilizadas em sujeitos com perturbações de humor. A nível comportamental, o evitamento desempenha um papel de destaque nestas perturbações, que se traduz frequentemente na restrição dos contactos interpessoais. Este processo poderá inicialmente actuar como factor de protecção de experiências sociais negativas, mas conduzirá a uma redução significativa das experiências positivas do sujeito (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

Estratégias cognitivas de regulação emocional alternativas à ruminação, são as estratégias de resolução de problemas e a reavaliação positiva (Folkman, 1984; Gross, 1998b; Nolen-Hoeksema et al., 1999; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2008). Como estratégia cognitiva de regulação emocional positiva, e que tem sido associada de forma inversa com a Depressão, aparece, para além das supracitadas, a aceitação. Esta envolve uma postura activa e consciente dos eventos privados, experiências internas e história pessoal, sem tentar mudar a sua frequência ou forma (Hofman & Asmundson, 2008), especialmente quando essa tentativa causaria ainda mais dano psicológico. Esta aceitação implica admitir e compreender os pensamentos e sentimentos, particularmente os indesejáveis (e.g., ansiedade, dor, culpa, inadequação). Através da utilização da aceitação, as pessoas aceitam aquilo que têm, de qualquer forma, e “param” de lutar com as suas experiências internas indesejáveis (Eifert & Forsyth, 2005). A aceitação não é uma tolerância passiva ou resignação, mas um comportamento intencional que altera a função das experiências internas de eventos a serem evitados, para um foco de interesse, curiosidade e observação, como parte de uma vida valorizada (Hayes et al., 2011), na promoção de uma maior flexibilidade psicológica.

No seguimento da aceitação, pode falar-se de “resiliência psicológica”. Esta tem sido caracterizada como a habilidade para recuperar de experiências emocionais negativas e pela adaptação flexível às novas exigências das experiências de *stress*. Os indivíduos resilientes têm métodos de confronto optimista, estusiasta e enérgico para com a vida, são curiosos e com elevada abertura à experiência, e são caracterizados por elevada emocionalidade positiva. Pesquisas têm já tentado perceber a utilidade das emoções positivas em contextos de *stress*. Estas têm indicado que as

emoções positivas ajudam a “amortecer” o *stress*. Por exemplo, Folkman e Moskowitz (2000), encontraram que estratégias de regulação emocional positivas como a reavaliação positiva, estão relacionadas com a ocorrência e manutenção do afecto positivo, predizendo assim um aumento na saúde e bem-estar psicológicos. O inverso do anteriormente referido também tem sido encontrado: aqueles que têm baixos níveis de resiliência psicológica não estão necessariamente destinados a pobres consequências da regulação emocional, contudo, com o uso da reavaliação positiva para gerar emoções positivas, os indivíduos têm também a capacidade para regular as experiências emocionais negativas (Tugade & Fredrickson, 2004).

Assim, pode afirmar-se que a Depressão reflecte uma interrupção e desregulação dos sistemas psicológico e biológico, processos estes que são acentuados quando se está sob *stress*, sendo a desregulação entre as emoções positivas e negativas um aspecto central no desenvolvimento da Perturbação Depressiva na adolescência. A capacidade de mobilizar e experimentar emoções positivas é importante para o humor, o que levará a um aumento da motivação e de comportamentos pró-activos, diminuindo o isolamento. A desregulação das emoções negativas, especialmente a tristeza e a irritabilidade, são também importantes na compreensão da Depressão. Juntos, estes aspectos sugerem que a referida perturbação seja caracterizada pela incapacidade de activar um estado emocional (afecto positivo), acompanhada da incapacidade de “amortecer”, moldar ou encobrir outro estado emocional (e.g., a tristeza) (Compas et al., 2008).

1.3. Acontecimentos de Vida

Tem sido encontrado que adversidades precoces na adolescência e acontecimentos de vida negativos são preditores da Perturbação Depressiva *Major* nos adolescentes e nos adultos, contudo, existe pouca investigação que examine como é que as duas fontes de *stress* podem estar associadas com a Depressão (Hazel et al., 2008). O *stress* tem aparecido na literatura como um preditor do aparecimento da Depressão e sintomas relacionados, mas surge também como uma consequência da Depressão e das características que uma pessoa deprimida apresenta, bem como do seu meio ambiente. É já vasto o estudo acerca dos acontecimentos de vida e do seu impacto na adolescência, tendo sido identificados eventos de *stress* discretos, tais como: eventos traumáticos ou desastres naturais, gravidez na juventude, divórcio parental, abuso sexual, violência na comunidade e pobreza, bem como eventos negativos cumulativos (e.g., Hammen, 2009).

Tem-se verificado que existe uma associação consistente entre a exposição a acontecimentos de vida de *stress* e o subsequente aparecimento do primeiro episódio depressivo. Contudo, a magnitude desta associação varia de estudo para estudo, dependendo da forma como os acontecimentos de vida são medidos, com associações geralmente mais fortes quando se utilizam medidas “contextuais”, em vez de “simples” questionários de acontecimentos de vida. Há ainda evidência consistente sobre a relação existente entre os acontecimentos de vida e a Depressão, com os eventos

severos (acontecimentos de vida *major*) a estarem mais fortemente associados com a sintomatologia depressiva, em comparação com os acontecimentos de vida *minor*. Embora os acontecimentos de vida de *stress* sejam altamente prevalentes neste tipo de estudos, a maioria das pessoas com Depressão relata a ocorrência de um evento causador de *stress* pouco antes do aparecimento da perturbação (Kessler, 1997).

Vários investigadores (e.g., Turner et al., 1995; Turner & Butler, 2003; Turner & Turner, 2005) têm demonstrado que o número de adversidades e de acontecimentos de vida negativos experienciados na infância e na adolescência está associado ao número de eventos e de *stress* crónicos experienciados na idade adulta. As pesquisas que têm sido realizadas acentuam a existência de uma relação significativa entre os acontecimentos de vida negativos e os problemas emocionais nos adolescentes. Acontecimentos de *stress* de magnitude *minor* e *major* (e.g., mudar para uma nova escola, perda de entes queridos, acidentes, e violência familiar), tal como referido, têm sido encontrados como preditores de subsequentes problemas externalizantes e internalizantes nos adolescentes. Os estudos têm ainda mostrado que os acontecimentos *stress* podem ainda funcionar como preditores de um aumento da sintomatologia (Kraaij et al., 2003).

Contudo, é importante referir que nem todos os adolescentes expostos a acontecimentos negativos/ de *stress* desenvolvem problemas emocionais (Kraaij et al., 2003). Alguns indivíduos apresentam maior probabilidade de experienciar acontecimentos de vida negativos, que são pelo menos em parte devido aos seus comportamentos. A emocionalidade negativa tem aparecido associada aos acontecimentos de vida negativos nos adultos, o que sugere que estas dificuldades possam estar presentes desde cedo, fazendo com que estes indivíduos tenham mais probabilidade de experienciar sintomas depressivos (Kercher et al., 2009).

A literatura tem mostrado que os acontecimentos de *stress* episódicos – acontecimentos de vida – tipicamente têm um início abrupto, e resolvem-se em dias ou semanas. Contudo, e embora alguns estudos se foquem no conflito parental ou divórcio, e na exposição à violência ou pobreza, para os adolescentes os domínios que têm sido estudados incluem: amizade, relações sociais, relações amorosas, relacionamento com os pais, rendimento escolar e finanças. O *stress* crónico tem também aparecido como um preditor da Perturbação Depressiva na adolescência (e.g., Hammen, 2009). Acrescem ainda dados de estudos que têm sido realizados (e.g., Goodyer et al., 2000), que sugerem que a experiência de eventos de *stress* que levam à sintomatologia depressiva, fazem com que haja uma maior probabilidade de recorrência dos sintomas e do posterior desenvolvimento da patologia, principalmente nas raparigas (Kercher et al., 2009).

O *stress* psicossocial tem um papel central na desregulação dos processos psicológicos e biológicos, na Depressão. Acontecimentos de vida de *stress*, desde acontecimentos menores a adversidades crónicas, estão ambos associados com sintomas psicológicos e distúrbios, incluindo

sintomas depressivos, em crianças e adolescentes, tendo sido encontrado que os eventos diários de *stress* também predizem os sintomas depressivos. Contudo, o mesmo estudo mostra que os sintomas depressivos, com o passar do tempo, também tendem a aumentar o *stress*, sugerindo que estes sintomas depressivos estão associados com disrupções no ambiente externo, assim como uma desregulação nos processos internos. É assim essencial considerar este processo regulatório tal como ele ocorre, ou colapsa, em resposta ao *stress* (Compas et al., 2008).

De facto, uma redução nos encargos da pobreza, da exposição à violência, dos maus tratos infligidos às crianças e adolescentes, e outras formas de instabilidade familiar, pode ter um papel importante na redução da Perturbação Depressiva na adolescência. A pobreza, por sua vez, tem sido associada com resultados negativos em relação à sintomatologia depressiva, pois tem sido encontrado que jovens provenientes de famílias com poucos recursos económicos, estão frequentemente associados a aparecimento de Depressão futura. Assim, este tem sido considerado um factor de risco para a Depressão e para uma série de outros resultados negativos (Gladstone & Beardslee, 2009).

Contudo, estudos longitudinais são necessários não só para clarificar as sequências causais e temporais destas variáveis de *stress* e Depressão, mas também para avaliar as mudanças na relação entre as variáveis, ao longo do tempo (Hammen, 2009).

1.4. Adolescência e Exposição ao Stress

Existe uma associação consistente entre a exposição a acontecimentos de vida de *stress* e o aparecimento de episódios depressivos. A informação existente revela que os acontecimentos de vida negativos podem, de facto, causar o aparecimento de sintomatologia depressiva e futura Perturbação Depressiva (Kessler, 1997; Monroe, 1999).

Estudos sobre a exposição ao *stress* sugerem evidências de que este é mais comum na adolescência do que na infância. Rudolph & Hammen (1999) encontraram que os estudantes mais velhos apresentam mais acontecimentos de vida negativos do que os mais novos, tendo sido estes dados recolhidos tanto pelos próprios jovens como pelos seus pais. Dentro destes acontecimentos negativos, as raparigas tendem a apresentar mais problemas com os amigos, enquanto os rapazes reportam mais eventos negativos em termos escolares (Rudolph & Hammen, 1999; Hammen, 2009).

É ainda importante que se faça uma ressalva em termos do tipo de acontecimentos mais comuns, relativamente ao género. As raparigas têm respostas diferentes no que se refere a ameaças e perdas pessoais (e.g., doenças, fracassos em avaliações escolares, doenças), e estas têm aparecido na literatura como podendo estar a contribuir para um número superior de adolescentes com Depressão (Patton et al., 2003). Estas são também mais expostas a acontecimentos de vida negativos e, como estes têm aparecido associados à sintomatologia depressiva, pode constituir também uma

possível explicação para ser o sexo feminino quem mais tende a apresentar Perturbação Depressiva (Ge et al., 2001). Em relação a este aspecto a literatura mostra que as raparigas, na adolescência, têm maior probabilidade de experienciar eventos traumáticos, como abuso sexual e vitimização, morte de um familiar, e morte de um amigo – todos estes são eventos *major* que aparecem como preditores do desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Hammen, 2009). A literatura mostra, ainda, que as raparigas experienciam mais acontecimentos de vida interpessoais negativos, por terem relações de maior intimidade, e os rapazes, por sua vez, têm mais problemas na escola do que as raparigas (Hyde et al., 2008).

Como já referido, os acontecimentos de vida de *stress* têm aparecido com um efeito preditor significativo no aparecimento de elevados valores de sintomatologia depressiva, mas principalmente em adolescentes raparigas. Esta associação entre o *stress* e a Depressão pode ser forte para o primeiro episódio depressivo, mas já não tem tanto impacto para os episódios posteriores. Contudo, é necessária mais informação acerca destas hipóteses na fase desenvolvimental da adolescência, acerca da identificação de adolescentes “em risco”, bem como o curso da Depressão na faixa etária considerada (Hammen, 2009). Importa ainda referir que tanto os acontecimentos de *stress* passados como os actuais actuam como factores de risco. Na infância e na adolescência, existe de facto evidência de que este tipo de acontecimentos sensibiliza o indivíduo à indução de *stress* futura e à própria Perturbação Depressiva (Tennant, 2002).

II – Objectivos

O objectivo geral deste estudo longitudinal consiste na análise do efeito preditor dos acontecimentos de vida e da regulação emocional, avaliados no tempo 1 (T1), sobre a sintomatologia depressiva avaliada no tempo 2 (T2) (*follow-up* de 12 meses). Pretende-se, ainda, verificar se a regulação emocional poderá assumir um papel mediador entre os acontecimentos de vida negativos e a sintomatologia depressiva. Para este estudo de mediação, utilizar-se-ão os acontecimentos de vida avaliados em T1, e a regulação emocional e a sintomatologia depressiva avaliadas em T2. Por fim, com este estudo pretende-se ainda mostrar a importância da realização de estudos longitudinais ao longo do desenvolvimento dos jovens, tendo em conta as mudanças que vão atravessando com o decorrer do seu crescimento. Esta investigação conduziu à formulação de algumas hipóteses de investigação (H) que se tornarão princípios orientadores, tendo em vista a sua confirmação ou infirmação:

H1: As raparigas apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que os rapazes, tanto em T1 como em T2;

H2: Os acontecimentos de vida em T1 associam-se positivamente com a sintomatologia depressiva em T2;

H3: A sintomatologia depressiva em T1 associa-se positivamente com os acontecimentos de vida em T2;

H4: As raparigas tendem a apresentar mais *problemas com os pares*, tanto em T1 como em T2;

H5: Os rapazes tendem a apresentar mais *problemas com a escola*, tanto em T1 como em T2;

H6: As estratégias cognitivas de regulação emocional adaptativas (*aceitação, reavaliação positiva*) em T1, associam-se negativamente com a sintomatologia depressiva em T2;

H7: As estratégias cognitivas de regulação emocional mal-adaptativas (*auto-crítica, ruminação, catastrofização*) em T1, associam-se positivamente com a sintomatologia depressiva em T2;

H8: As estratégias cognitivas de regulação emocional em T2 estão a mediar a relação entre os acontecimentos de vida em T1 e a sintomatologia depressiva em T2.

III - Metodologia

3.1. Amostra

Para atingir os objectivos supracitados, conceptualizou-se um estudo longitudinal que avaliasse uma amostra da população geral constituída por estudantes adolescentes dos 13 aos 15 anos. A recolha de dados realizou-se através do preenchimento de protocolos aplicados em diversas escolas do País (incluindo Guarda, Coimbra e Guimarães).

A amostra final de adolescentes (ver quadro 1) do presente estudo, é constituída por 117 adolescentes, em que 82 são do sexo feminino (70.1%) e 35 do sexo masculino (29.9%). Estes apresentam idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, com média 14.13 e desvio-padrão .650, não se verificando uma diferença de género estatisticamente significativa ($t(115)=-1.083, p>.05$).

Ao nível dos anos de escolaridade, os sujeitos distribuem-se entre o 8º e o 10º anos dos Ensinos Básico e Secundário ($M=8.81; DP=.540$). A maioria dos sujeitos desta amostra encontram-se no 9º ano de escolaridade (67.5%), verificando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à distribuição do sexo masculino e feminino nesta variável ($\chi^2(115)=4.152, p>.05$).

Relativamente ao rendimento escolar, os sujeitos distribuem-se entre a classificação “insuficiente” e “muito bom”, sendo de notar que 42.7% da amostra se insere na categoria de classificação “bom”, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre sexos ($\chi^2=4.293, p>.05$), sendo que ainda assim o sexo masculino apresenta valores mais baixos no rendimento escolar do que o sexo feminino.

Quanto à região, os sujeitos desta amostra vivem predominantemente no centro litoral (50.4%) e no centro interior (42.7%). Em relação à zona de residência, a grande maioria vive em meio urbano (87.2%). Não se verifica existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino quanto à região ($\chi^2=1.271, p>.05$), tal como acontece na zona de residência, onde os sexos também não se distinguem quanto à sua distribuição ($\chi^2=1.125, p>.05$).

Do primeiro momento (T1) para o segundo momento (T2), verificou-se uma mortalidade da amostra de cerca de 61.51%, tendo em conta que inicialmente existiam 304 sujeitos e a amostra actual é composta por 117 adolescentes. Como possíveis explicações para esta perda experimental contam-se a desistência de alguns adolescentes em continuar a colaborar com a investigação, a não comparência dos adolescentes no momento da passagem do protocolo e a dificuldade em retomar o contacto com aqueles que mudaram de Estabelecimento de Ensino.

Quadro 1. Características gerais da amostra: idade, ano de escolaridade, rendimento escolar, região e zona de residência

	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
	35	29.9	82	70.1	117	100		
Idade								
13	7	6	11	9.4	18	15.4		
14	20	17.1	46	39.3	66	56.4		
15	8	6.8	25	21.4	33	28.2		
	M	DP	M	DP	M	DP	t	p
Idade	14.28	.999	14.21	.695	14.13	.650	-1.083	.281
Escolaridade								
8	13	11.1	17	14.5	30	25.6		
9	21	17.9	58	49.6	79	67.5		
10	1	0.9	7	6.0	8	6.8		
	M	DP	M	DP	M	DP	χ^2	p
Escolaridade	8.66	.539	8.88	.059	8.81	.540	4.152	.125
Rendimento								
Escolar								
Insuficiente	1	0.9	2	1.7	3	2.6	4.293	.368
Suficiente	4	3.4	6	5.1	10	8.5		
Satisfatório	13	11.1	18	15.4	31	26.5		
Bom	11	9.4	39	33.3	50	42.7		
Muito Bom	6	5.1	17	14.5	23	19.7		
Região								
Centro norte	1	.09	7	6.0	8	6.8	1.271	.530
Centro litoral	18	15.4	41	35.0	59	50.4		
Centro interior	16	13.7	34	29.1	50	42.7		
Zona de residência								
Urbana	32	27.4	70	59.8	102	87.2	1.125	.570
Sub-urbana	2	1.7	10	8.5	12	10.3		
Rural	1	0.9	2	1.7	3	2.6		

3.2. Descrição dos Instrumentos

Esta secção destina-se à descrição dos instrumentos utilizados para a recolha e tratamento estatístico dos dados da presente investigação.

3.2.1. *Children Depression Inventory* (CDI; M. Kovacs P. D. D., 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994)

Este instrumento foi utilizado para avaliar a sintomatologia depressiva. É o inventário de auto-avaliação mais usado no estudo da depressão em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, e foi elaborado a partir do *Inventário de Depressão de Beck*. É um questionário de auto-resposta, constituído por 27 itens, com três hipóteses de

resposta cada, que varia entre 0 (ausência de problema) e 2 (problema grave), e que permite quantificar a gravidade das manifestações depressivas. A vasta utilização deste questionário tem ainda a ver com o facto de ser de aplicação rápida (cerca de 10 minutos) e económica (pois é um instrumento de papel e lápis). Abrange um amplo conjunto de sintomas, que incluem: *disforia, pessimismo, auto-estima, anedonia, preocupações mórbidas, ideação suicida, sentir que não tem valor, isolamento social, tendências ruminativas, desempenho escolar, conduta social e sintomas vegetativos* (como o cansaço, queixas somáticas, problemas de sono e problemas de apetite). No que às suas dimensões diz respeito, o CDI engloba *humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa*. Na versão original, este inventário revelou uma excelente consistência interna (coeficiente alfa de .83 a .94), bem como uma boa fidelidade teste-reteste. A versão portuguesa deste inventário tem também revelado uma boa precisão, apresentando valores elevados de consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de .80, para os estudos de Marujo (1994). No presente estudo, em T1, para as dimensões *humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa*, a consistência varia tendo-se verificado valores de alfa de Cronbach de .512, .243, .634, .257 e .703, respectivamente, sendo o coeficiente de alfa para a escala total de .819. Neste mesmo estudo, para o CDI em T2, as dimensões referidas apresentaram valores de alfa de Cronbach de .631, .504, .642, .470 e .669, respectivamente. Para a escala total, a consistência interna mostrou um coeficiente alfa de .856.

3.2.2. Daily Hassles Microsystem Scale (DHMS; Seidman et al., 1995; tradução e adaptação Cherpe, S., Matos, A. P., Paiva, A. M., 2009)

Este questionário foi utilizado para avaliar os acontecimentos de vida. A versão original deste instrumento apresenta 28 itens, no entanto aquele que foi utilizado para este estudo tem 42 itens, com quatro adicionais em que o adolescente poderá acrescentar por escrito algum acontecimento que não tenha sido referido antes, bem como o grau de gravidade com que o avalia. Alguns itens foram acrescentados no estudo de onde foi retirado o instrumento (retirados de um estudo de resiliência de comparação de adolescentes australianos aborígenes e não indígenas – adaptado por Thomas, H. & Reece, J., para a respectiva cultura). Para além destes, foram acrescentados ainda 5 itens do inventário de *stress* relacionados com problemas/ dificuldades no namoro (“não estares satisfeito acerca de um namoro”; “estares sem companhia”), imagem corporal (“não estares satisfeito com o teu aspecto físico”) e solidão (“seres traído por um amigo”; “tive um namoro que acabou recentemente”). Para cada item, os adolescentes devem responder com “sim” ou “não”, relativamente ao facto de a afirmação lhes ter acontecido ou não no último mês, avaliando de seguida a gravidade do problema numa escala de 1 (não foi um problema) a 4 (foi um grande problema). Esta escala avalia: *problemas na escola, problemas com a família, problemas com os vizinhos, problemas com os*

pares, e problemas com recursos. Na versão original, a consistência interna para as dimensões deste questionário são, respectivamente, .79, .75, .74, .71 e .69. Num estudo realizado anteriormente com esta escala, verificou-se que a consistência interna para cada sub-escala varia entre moderada e muito alta sendo, respectivamente, .694, .623, .501, .721 e .822, com uma consistência interna de .822 para a escala total. No presente estudo em T1, os valores de alfa de Cronbach encontrados para as dimensões *problemas na escola, problemas com a família, problemas com os vizinhos, problemas com os pares, e problemas com recursos* foram, respectivamente, .648, .580, .412, .785 e .383, apresentando uma consistência interna para a escala total de .898. Ainda neste estudo, mas no segundo tempo (T2), as dimensões do DHMS apresentaram valores de alfa de Cronbach de .698, .546, .406, .741 e .688, respectivamente, e para a escala total a consistência interna encontrada foi de .892.

3.2.3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; tradução e adaptação de Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009)¹

Este questionário multidimensional foi usado com o objectivo de identificar as estratégias de *coping* cognitivas usadas pelos sujeitos depois de experiências ou situações de vida negativas. Dentro destas estratégias cognitivas de *coping* estão as estratégias cognitivas de regulação emocional, cujo objectivo é regular as emoções do sujeito perante um acontecimento negativo ou traumático. Este questionário é composto por 36 itens, nos quais as respostas são dadas de acordo com uma escala de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). É composta por nove sub-escalas distintas, de quatro itens cada: *auto-crítica* (e.g., “eu sinto que sou o único culpado por isto”); *aceitação* (e.g., “eu penso que devo aceitar a situação”); *ruminação* (e.g., “eu enfatizo os sentimentos que a situação provocou em mim”); *reorganização positiva* (e.g., “eu penso em experiências agradáveis”); *replaneamento* (e.g., “eu penso no que é que eu posso fazer melhor”); *reavalição positiva* (e.g., “eu penso que posso aprender alguma coisa com a situação”); *reperspectivar* (e.g., “eu digo a mim mesmo que existem coisas piores na vida”); *catastrofização* (e.g., “eu continuo a pensar em como aquela situação foi horrível”); e *culpa no outro* (e.g., “eu sinto que os outros são culpados por isto”). A consistência interna para cada subescala foi de .81, .80, .83, .80, .80, .72, .79, .71, e .68, respectivamente, e foi encontrada pelas autoras do estudo original, numa população de adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Num estudo realizado anteriormente com a CERQ, no que concerne à consistência interna das sub-escalas que compõe este inventário, e na ordem em que foram supracitadas, a consistência interna encontrada deste estudo foi de .706, .685, .761, .828, .791, .792, .748, .770, .738 (apresentando, no geral, uma consistência interna alta). No primeiro momento de avaliação (T1) do presente estudo, e de

¹ Ver ponto 2 do Anexo III, com a descrição pormenorizada do significado das sub-escalas do CERQ.

acordo com a ordem em que as sub-escalas foram supracitadas, a consistência interna encontrada para a presente amostra foi de .790, .712, .757, .848, .825, .830, .679, .788 e .834, respectivamente. Já para o segundo momento de avaliação (T2), as consistências internas encontradas foram, respectivamente para as sub-escalas referidas, .785, .668, .803, .828, .805, .786, .743, .795 e .834.

3.3. Procedimento

Para este estudo foi necessária a obtenção do consentimento da Comissão Nacional da Protecção da Dados (CNPD), da qual se obteve a aprovação para a recolha de amostra. Procedeu-se ao contacto com as escolas e depois de a referida autorização ser dada por parte de todas as escolas envolvidas no processo, e ainda pelos alunos adolescentes e respectivos encarregados de educação, procedeu-se à recolha dos dados. Esta recolha realizou-se no mês de Maio de 2012, momento em que completa um ano das primeiras passagens de questionários. No momento da aplicação da bateria dos questionários (bateria da qual se utilizaram três questionários – o DHMS, o CERQ e o CDI, dos 9 questionários² existentes), explicou-se de forma breve a natureza do estudo, a confidencialidade das respostas e a importância do preenchimento de todos os itens de cada um dos questionários que constam no protocolo. Este preenchimento dos questionários realizou-se individualmente, e demorou cerca de 60 minutos. De entre os critérios de exclusão dos participantes contam-se: 1) inexistência da autorização do adolescente e do respectivo encarregado de educação; e, ainda; e 2) falta do completo preenchimento dos questionários que constam no protocolo.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* – versão 20.

Numa primeira fase, foram realizadas estatísticas descritivas, com medidas de tendência central (i.e., médias), de dispersão (i.e., desvios-padrão), medidas de assimetria e de achatamento, e variação das pontuações (através do mínimo e do máximo).

Numa segunda fase, verificaram-se os testes da normalidade e homogeneidade da amostra. Verificou-se o tipo de distribuição da amostra através do teste Kolmogorov-Smirnov, e concluiu-se que esta não segue uma distribuição normal ($p < .05$). Também se realizou o teste de Levene, pois este tem sido considerado um teste robusto no que concerne a desvios da normalidade (Maroco, 2007), mas não se confirmou a homogeneidade das variâncias ($p > .05$). Embora os pressupostos não tenham sido cumpridos, procedeu-se à realização dos testes paramétricos tendo em conta a dimensão da amostra ($N=117$).

Seguidamente, e num terceiro momento, procedeu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes, com o objectivo de comparar grupos

² Os questionários que faziam parte do protocolo foram: CDI, MASC, CASQ, CPIC, MHC-SF, DHMS, CTQ, CERQ e EATQ-R-SF, sendo que os usados para esta investigação se encontram no anexo II.

independentes e verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, em relação às variáveis em estudo. Ainda dentro do estudo da relação entre as variáveis em estudo e as variáveis sócio-demográficas, procedeu-se à realização da análise ANOVA de uma via, para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as idades, e posteriormente foi realizado o mesmo processo em relação à variável ano de escolaridade. Para que esta última análise fique completa, realizaram-se ainda testes *post-hoc* de Tukey para encontrar que médias são significativamente diferentes das outras (Estudo I).

Foram realizadas correlações de Pearson³ e análises da regressão múltipla para medir a força e dimensão da associação entre duas variáveis (Pestana e Gageiro, 2003) e para ver em relação aos factores correlacionados qual aquele que se constitui como melhor preditor, primeiro para as estratégias cognitivas de regulação emocional (Estudo II – 4.2.1.) e, posteriormente, para os acontecimentos de vida negativos (Estudo II – 4.2.2.), em relação à sintomatologia depressiva. Posteriormente, realizaram o mesmo tipo de análises estatísticas para tentar perceber o papel da sintomatologia depressiva em T1 nos acontecimentos de vida negativos em T2 (que pode ser visto no Estudo III).

Para o último estudo (Estudo IV), o objectivo pretendido é verificar se a regulação emocional (em T2) poderá funcionar como variável mediadora entre os acontecimentos de vida negativos (em T1) e a sintomatologia depressiva (em T2), através do modelo de mediação de Baron & Kenny (1986)⁴. Tal como sugerem os autores, este estudo será feito através de regressões lineares simples, seguindo 4 passos distintos: 1º teste da relação entre a variável preditora acontecimentos de vida (VI) e a sintomatologia depressiva como variável critério (VD) (Caminho *c*); 2º teste da relação entre a variável independente acontecimentos de vida e a variável mediadora regulação emocional (VD) (Caminho *a*); 3º teste da relação entre a regulação emocional (introduzida como VI) e a sintomatologia depressiva como variável critério (caminho *b*); 4º e, por fim, para estabelecer que a regulação emocional medeia completamente a relação entre a VI acontecimentos de vida e a VD sintomatologia depressiva, sendo que o efeito da VI na VD controlando a regulação emocional (caminho *c*) deve ser zero (i.e., a mediação perfeita ocorre se a VI não exercer qualquer efeito quando a variável mediadora é controlada). Importa ainda referir que, segundo Kenny, Kashy e Bolger (1998), e acrescentando assim informação àquilo que foi apresentado por Baron e Kenny (1986), o estudo da mediação pode realizar-se mesmo que não exista uma relação significativa entre a variável independente (neste caso, os acontecimentos de vida) e a variável dependente (neste estudo, a sintomatologia depressiva), pois esta relação acaba por já estar implicada nos outros passos do modelo.

³ Pestana e Gageiro (2008) defendem que a magnitude da associação entre as variáveis deve ser considerada muito baixa quando inferior a .20, baixa quando está entre .20 e .39, moderada quando apresenta valores entre .40 e .69, alta quando os valores estão entre .70 e .89, e muito alta entre .90 e 1.0.

⁴ A hipótese de mediação encontra-se esquematizada no Estudo IV, pág.40.

IV – Resultados

4.1. Estudo I – Relações entre as variáveis em estudo e as variáveis sócio-demográficas

Neste estudo, pretende-se avaliar a relação entre todas as variáveis desta investigação (CDI, DHMS e CERQ tempos 1 e 2, de acordo com os objectivos propostos), segundo as variáveis sexo, idade e escolaridade.

4.1.1. Sexo

Neste estudo, pretendeu-se averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino, em relação às médias obtidas pelos mesmos nas variáveis em estudo (ver quadro 2)⁵. Para esta análise recorreu-se a técnicas paramétricas *t-Student*.

Os dados revelam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ao nível da sintomatologia depressiva no tempo 1, para a dimensão *ineficácia* ($t(115)=1.998$, $p<.05$), sendo que nas restantes dimensões avaliadas pelo CDI tanto no tempo 1 como no tempo 2, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. De igual forma, não se verificam diferenças para a escola total do CDI, nos sexos masculino e feminino, apesar da média dos rapazes ser inferior à das raparigas ($t(115)=-.146$; $p>.05$; $M=9.628$ vs. $M=9.780$) no tempo 1, e em T2 também se verificou que não existem diferenças ($t(115)= -1.619$; $p>.05$; $M=8.06$ vs. $M=9.95$). Em relação aos acontecimentos de vida, registaram-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita à dimensão *problemas com os pares*, tanto no tempo 1 ($t(115)=-2.182$, $p<.05$) como no segundo tempo ($t(115)=-2.093$, $p<.05$), e nas estratégias cognitivas de regulação emocional (avaliadas em T1), os dados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente à dimensão *ruminação* ($t(115)=-2.503$, $p<.05$), não havendo diferenças nas restantes dimensões. Em relação ao total das escalas analisadas, não existe qualquer diferença estatisticamente significativa encontrada entre os sexos, para nenhuma delas. No que respeita ao CERQ T2, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões *ruminação* ($t(115)=-2.042$, $p<.05$) e *replaneamento* ($t(115)=-2.186$, $p<.05$), com as raparigas a obterem valores mais elevados do que os rapazes em ambas as dimensões (para a *ruminação* $M=12.975$ vs. $M=11.542$; para o *replaneamento* $M=14.658$ vs. $M=13.200$). Em relação às diferentes dimensões, as raparigas apresentaram valores médios mais elevados na maioria das dimensões avaliadas, à excepção das dimensões *problemas interpessoais* (no CDI tempos 1 e 2), *ineficácia*, *problemas na escola*, *problemas com a família*, *problemas com os vizinhos*, *autocrítica*, *reavaliação positiva*, *reperspectivar*, *catastrofização* e *culpa no outro*, em que os rapazes apresentam valores médios mais elevados.

⁵ Ver médias, desvios-padrão e respectivo teste *t-Student* da relação entre as variáveis em estudo, por sexo, na tabela A do Anexo I.

4.1.2. Idade

Para se analisarem as diferenças nas variáveis em estudo tendo em vista as idades dos sujeitos⁶ utilizaram-se testes de análise de variância (ANOVA) univariada. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as idades nas dimensões *problemas interpessoais* ($F=3.483$, $p<.05$) do CDI, em T1. Na escala dos acontecimentos de vida foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão *problemas com os recursos* relativa ao tempo 1 ($F=3.325$, $p<.05$) e na dimensão *problemas com a família* ($F=3.431$, $p<.05$), esta avaliada em T2. No que respeita à regulação emocional, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as idades na dimensão *catastrofização* na CERQ ($F=4.239$; $p<.05$), em T1. Em relação ao CERQ T2, os resultados revelam também diferenças estatisticamente significativas para as dimensões *reavaliação positiva* ($F=3.089$, $p<.05$) e *reperspectivar* ($F=4.638$, $p<.05$). Importa referir que, nas dimensões *ineficácia*, *anedonia* e *auto-estima negativa* do CDI, se constatou que existe uma tendência dos resultados para aumentarem com a idade.

De acordo com o teste *post-hoc* de Tukey, verifica-se que os adolescentes com 13 e 14 anos tendem a apresentar níveis superiores de *problemas interpessoais* (em T1) do que os sujeitos de 15 anos. Também para os dados relativos aos *problemas com os recursos* (do DHMS em T1), estes são mais elevados para os sujeitos com 13 e 14 anos, comparativamente com os adolescentes com 15 anos de idade, que apresentam valores mais baixos. Já para a dimensão *catastrofização* do CERQ em T1, os adolescentes que registam valores médios mais elevados estão entre os 13 e os 15 anos. No que concerne ao segundo tempo de avaliação da regulação emocional, verificou-se que aqueles que recorrem mais à estratégia cognitiva de regulação emocional *reperspectivar*, têm 13 e 14 anos, embora os adolescentes com 15 anos também a utilizem frequente e significativamente.

4.1.3. Escolaridade

Para se analisarem as diferenças nas variáveis em estudo tendo em vista os anos de escolaridade dos sujeitos⁷ utilizaram-se testes de Análise de Variância (ANOVA) de uma via. A partir da análise dos resultados pode verificar-se que se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os anos escolares nas dimensões *ineficácia* do CDI em T2 ($F=4.041$; $p<.05$) e *problemas com os pares* ($F=4.025$; $p<.05$), no questionário dos acontecimentos de vida (avaliado em T1). Na primeira dimensão referida, a *ineficácia*, encontra-se uma média superior no 9º ano de escolaridade ($M=.658$; $DP=.398$) comparativamente aos 8º ($M=.425$; $DP=.360$) e 10º ($M=.531$; $DP=.364$) anos. Em relação à dimensão do DHMS *problemas com*

⁶ Ver médias, desvios-padrão e respectiva ANOVA univariada da relação entre as variáveis em estudo, por idades, na tabela B do Anexo I.

⁷ Ver médias, desvios-padrão e respectiva ANOVA univariada da relação entre as variáveis em estudo, por ano de escolaridade, na tabela C do Anexo I.

os pares avaliada no tempo 1, a tendência observada é de serem obtidos valores mais elevados consoante o ano de escolaridade também aumenta. Encontraram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas entre os anos de escolaridade, no que respeita às dimensões *problemas com a família* ($F=3.158$, $p<.05$), *problemas com os recursos* ($F=3.324$, $p<.05$) e, ainda, para a escala total do questionário acontecimentos de vida ($F=3.294$, $p<.05$). No que respeita ao questionário CERQ (em T2), as diferenças estatisticamente significativas encontradas dizem respeito às dimensões *ruminação* ($F=4.570$, $p<.05$), *replaneamento* ($F=4.166$, $p<.05$), *reavaliação positiva* ($F=6.453$, $p<.05$) e *reperspectivar* ($F=5.817$, $p<.05$). Da análise destes dados, é ainda possível verificar a existência de um pico no 9º ano de escolaridade, pois os adolescentes obtêm valores mais baixos nos 8º e 10º anos, quando analisado pelas médias obtidas pelos mesmos.

Remetendo agora para a análise do teste *post-hoc* de Tukey, encontrou-se que os adolescentes pertencentes aos 8º e 9º anos de Escolaridade apresentam valores mais elevados na dimensão *ineficácia* do CDI, avaliada em T2, em comparação com os adolescentes do 10ºano. No que respeita aos *problemas com os pares* (avaliados pelo DHMS, em T1), percebe-se que aqueles que apresentam níveis superiores deste tipo de problemas se encontram a estudar nos três anos de escolaridade avaliados (8º, 9º e 10º anos). Também para a *ruminação* no tempo 2, o que se encontrou foi que as médias são igualmente elevadas nos indivíduos pertencentes aos três anos de escolaridade sujeitos a avaliação; na dimensão *replaneamento* (em T2) verificou-se que os alunos com médias mais elevadas pertencem aos 8º e 10º anos de Escolaridade; já para a dimensão *reavaliação positiva*, também avaliada no segundo tempo, encontrou-se que os adolescentes que apresentam valores médios mais elevados estão entre o 8º e 9º anos, embora o 10ºano também apareça com valores médios elevados e significativos; por fim, para a dimensão *reperspectivar* (também esta avaliada em T2), encontraram-se resultados equivalentes ao anterior, pois os sujeitos que apresentaram valores médios mais elevados situam-se entre o 8º e 9º anos, embora o 10ºano também apareça com valores médios elevados e significativos.

4.2. Estudo II – Acontecimentos de vida e estratégias cognitivas de regulação emocional como possíveis preditores do aparecimento da Perturbação Depressiva Major, em Adolescentes

Os resultados deste estudo foram obtidos a partir do recurso a alguns procedimentos estatísticos, nomeadamente a correlação de Pearson e análises de regressão linear simples e múltipla (método *stepwise*).

4.2.1. Estudo da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional vida e a sintomatologia depressiva

Este estudo tem como objectivo avaliar a influência das estratégias cognitivas de regulação emocional no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, com a variável regulação emocional utilizada pertencente ao a T1 (avaliada pelo CERQ) e a sintomatologia depressiva do T2 (avaliada pelo

CDI). Embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros no total do CDI ($t(115)=-1.619, p>.05$), esta análise será feita para a amostra total, assim como, separadamente, para o sexo masculino e para o sexo feminino, tendo em conta as hipóteses de investigação formuladas anteriormente.

Para a amostra total (ver o quadro 2), os resultados revelam que níveis mais elevados na dimensão *ruminação* e *catastrofização*, se associam também eles com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Isto porque à dimensão *humor negativo* do CDI, aparecem correlacionadas positivamente as dimensões do CERQ *ruminação* ($r=.186, p<.05$) e *catastrofização* ($r=.225, p<.05$), assim como em relação à dimensão do CDI *ineficácia* se associa também positivamente a dimensão *catastrofização* ($r=.237, p<.05$). O mesmo se verifica para a associação entre as dimensões adaptativas do questionário que avalia a regulação emocional e a sintomatologia depressiva, sendo estas associações negativas. Estas conclusões retiram-se da análise das correlações de Pearson obtidas, em que níveis mais elevados na dimensão do CDI *problemas interpessoais* aparece correlacionada com as dimensões *reorganização positiva* ($r=-.188, p<.05$) e *replaneamento* ($r=-.192, p<.05$); à dimensão do CDI *ineficácia* está correlacionada negativamente a dimensão *replaneamento* ($r=-.194, p<.05$); à dimensão *anedonia* estão correlacionadas também negativamente as dimensões *aceitação* ($r=-.204, p<.05$), *reorganização positiva* ($r=-.236, p<.05$), *replaneamento* ($r=-.207, p<.05$) e *reavaliação positiva* ($r=-.220, p<.05$); as dimensões do CERQ *aceitação* ($r=-.184, p<.05$), *reorganização positiva* ($r=-.196, p<.05$), *reavaliação positiva* ($r=-.216, p<.05$) e *reperspectivar* ($r=-.224, p<.05$), aparecem associadas negativamente com a dimensão do CDI *auto-estima negativa*; e, por fim, no que à escala total do CDI diz respeito, aquelas que lhe aparecem negativa e significativamente correlacionadas dizem respeito às dimensões adaptativas *reorganização positiva* ($r=-.257, p<.01$), *replaneamento* ($r=-.265, p<.01$), *reavaliação positiva* ($r=-.270, p<.01$) e *reperspectivar* ($r=-.204, p<.05$). A magnitude das correlações encontradas e supracitadas varia entre muito baixa e baixa.

Quadro 2. Correlações das dimensões do CERQ com as dimensões CDI, na amostra total (N=117)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto- estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
CERQ Auto-crítica	.073	-.060	.019	-.092	.086	.000
CERQ Aceitação	.105	-.073	-.075	-.204*	-.184*	-.149
CERQ Ruminação	.186*	.029	.082	.021	.002	.072
CERQ Reorganização positiva	-.084	-.188*	-.101	-.236*	-.196*	-.257**
CERQ Replaneamento	-.060	-.192*	-.194*	-.207*	-.170	-.265**
CERQ Reavaliação positiva	-.092	-.213	-.130	-.220*	-.216*	-.270**

CERQ Reperspectivar	-.043	-.134	-.041	-.159	-.224*	-.204*
CERQ Catastrofização	.225*	.082	.237*	.048	.023	.152
CERQ Culpa no outro	-.019	.023	.082	-.016	-.113	-.025

**p ≤ .01 ; * p ≤ .05

Relativamente às análises de regressão múltipla realizadas para as estratégias cognitivas de regulação emocional sobre o risco de desenvolver sintomatologia depressiva para a amostra total (quadro 3), os resultados mostram que estas (em T1) são preditoras da sintomatologia depressiva futura (neste caso, 12 meses depois). Para a dimensão *humor negativo* do CDI, o melhor preditor encontrado foi a *catastrofização*, explicando 5.1% da variância total da referida dimensão do CDI ($r=.225$, $p<.05$; $t=2.476$, $p<.05$), sendo esta predição positiva. Para a dimensão *problemas interpessoais*, o *replaneamento* prediz negativamente a sintomatologia depressiva, explicando 3.7% da variância total da dimensão do CDI referida ($r=-.192$, $p<.05$; $t=-2.102$, $p<.05$). Já as dimensões *catastrofização* e *replaneamento* foram os melhores preditores encontrados (o primeiro predizendo positivamente e o segundo assumindo uma predição negativa) para a dimensão *ineficácia* explicando, respectivamente, 5.6% ($r=.237$, $p<.05$; $t=2.617$, $p<.05$) e 6.3% ($r=.258$, $p<.05$; $t=2.862$, $p<.05$), sendo então a dimensão *replaneamento* a que explica uma maior percentagem da variância total da dimensão do CDI *ineficácia*. Em relação à dimensão *anedonia*, a dimensão do CERQ que se constituiu a sua melhor preditora foi a dimensão *reorganização positiva* ($r=.236$, $p<.05$; $t=2.610$, $p<.05$), explicando 5.6% da sua variância total. No que respeita à dimensão *auto-estima negativa*, o melhor preditor encontrado, que prediz significativa e negativamente 5% da sua variância total, é a dimensão *reperspectivar* do CERQ ($r=-.224$, $p<.05$; $t=-2.459$, $p<.05$). Por último, no que respeita à predição da escala total que avalia a sintomatologia depressiva, o melhor preditor encontrado foi a dimensão *reavaliação positiva*, explicando 7.3% da variância total da escala CDI ($r=.270$, $p<.01$; $t=3.004$, $p<.05$).

Quadro 3. Análise de regressão linear múltipla para estratégias cognitivas de regulação emocional (VI) sobre o risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva (VD), na amostra total (N=117)

CDI humor negativo				
Preditores	β	R²	F	p
CERQ catastrofização	.225	.051	6.131	.015
CDI problemas interpessoais				
Preditores	β	R²	F	p
CERQ replaneamento	-.192	.037	4.419	.038
CDI ineficácia				
Preditores	β	R²	F	p

CERQ catastrofização	.237	.056	6.847	.010
CERQ replaneamento	-.258	.119	7.733	.002
CDI anedonia				
Preditores	β	R²	F	p
CERQ reorganização positiva	-.236	.056	6.812	.010
CDI auto-estima negativa				
Preditores	β	R²	F	p
CERQ reperspectivar	-.224	.050	6.047	.015
CDI escala total				
Preditores	β	R²	F	p
CERQ reavaliação positiva	-.270	.073	9.026	.003

De seguida, são reportados os dados relativos ao estudo da relação entre o CERQ em T1 e o CDI em T2, separadamente para os sexos masculino e feminino. Assim, os valores apresentados no quadro 4, permitem verificar que no sexo masculino, níveis mais baixos de *replaneamento* sugerem uma maior associação com a sintomatologia depressiva. Isto porque à dimensão *ineficácia* está correlacionada de modo negativo a dimensão *replaneamento* ($r=-.359$, $p<.05$). A magnitude da correlação referida entre as variáveis é considerada baixa.

Quadro 4. Correlações das dimensões do CERQ com as dimensões CDI, no sexo masculino (N=35)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
CERQ Auto-crítica	-.032	-.169	-.112	-.288	.044	-.254
CERQ Aceitação	.106	-.137	-.129	-.099	-.067	-.134
CERQ Ruminação	.050	-.084	.005	-.120	-.070	-.115
CERQ Reorganização positiva	-.001	-.139	-.111	-.250	.108	-.220
CERQ Replaneamento	-.066	-.189	-.359*	-.115	.058	-.282
CERQ Reavaliação positiva	-.063	-.239	-.151	-.036	.074	-.175
CERQ Reperspectivar	.026	-.079	-.173	-.076	.197	-.125
CERQ Catastrofização	.155	-.086	.009	-.093	-.104	-.128
CERQ Culpa no outro	-.083	.010	-.218	-.021	-.207	-.217

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

No caso do sexo masculino, percebe-se que o valor preditivo da dimensão *replaneamento* na dimensão do CDI *ineficácia* é de cerca de 12.8% da variância total da referida dimensão do CDI ($r=-.359$, $p<.05$; $R^2=.128$), sendo esta predição negativa e estatisticamente significativa.

No que concerne aos resultados das correlações entre as dimensões do CERQ e do CDI para o sexo feminino (no quadro 5), verificou-se que níveis mais elevados de *catastrofização* e *culpa no outro*, assim como níveis mais baixos de *aceitação*, *reorganização positiva*, *replaneamento*, *reavaliação positiva* e *reperspectivar*, sugerem uma maior associação com a sintomatologia depressiva. Isto porque a dimensão *humor negativo* está positivamente relacionada a *catastrofização* ($r=.267$, $p<.05$). A dimensão *ineficácia* está correlacionada positivamente com a *catastrofização* ($r=.352$, $p<.01$) e a *culpa no outro* ($r=.227$, $p<.05$). À dimensão *anedonia* do CDI, estão negativamente correlacionadas a *aceitação* ($r=-.301$, $p<.01$), a *reorganização positiva* ($r=-.245$, $p<.05$), a dimensão *replaneamento* ($r=-.280$, $p<.05$) e, está ainda correlacionada negativamente a dimensão *reavaliação positiva* ($r=-.280$, $p<.05$). Verificou-se que também em relação à dimensão *auto-estima negativa* do CDI, a *aceitação* ($r=-.295$, $p<.01$), *reorganização positiva* ($r=-.347$, $p<.01$), *replaneamento* ($r=-.314$, $p<.01$), *reavaliação positiva* ($r=-.335$, $p<.01$) e *reperspectivar* ($r=-.420$, $p<.01$) estão correlacionadas de forma negativa. E, por último e em relação à escala total do CDI, esta aparece correlacionada de forma negativa e estatisticamente significativa com as dimensões *reorganização positiva* ($r=-.283$, $p<.01$), *replaneamento* ($r=-.251$, $p<.01$), *reavaliação positiva* ($r=-.300$, $p<.01$) e *reperspectivar* ($r=-.239$, $p<.05$) do CERQ. Estas correlações variam entre baixas e moderadas na sua magnitude.

Quadro 5. Correlações das dimensões do CERQ com as dimensões CDI, no sexo feminino (N=82)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
CERQ Auto-crítica	.131	-.003	.093	.004	.125	.121
CERQ Aceitação	.068	-.035	-.058	-.301**	-.295**	-.201
CERQ Ruminação	.186	.086	.106	.014	-.028	.095
CERQ Reorganização positiva	-.123	-.214	-.097	-.245*	-.347**	-.283**
CERQ Replaneamento	-.088	-.194	-.112	-.280*	-.314**	-.291**
CERQ Reavaliação positiva	-.088	-.202	-.114	-.280*	-.335**	-.300**
CERQ Reperspectivar	-.066	-.164	.029	-.193	-.420**	-.239*
CERQ Catastrofização	.267*	.163	.352**	.110	.090	.271
CERQ Culpa no outro	.009	.039	.227*	-.006	-.068	.053

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

A única dimensão do CERQ que aparece como preditora do humor negativo é a *catastrofização*, que ajuda a explicar 7.1% ($r=.267$, $p<.05$; $R^2=.071$) da dimensão do CDI referida. Nas restantes, e dando continuidade à análise para o sexo feminino, realizaram-se regressões lineares múltiplas (método *stepwise*) para averiguar qual das dimensões do CERQ se constitui como melhor preditor no desenvolvimento de sintomatologia depressiva (quadro 6), tendo em conta que existem vários preditores para cada

dimensão do CDI (no caso do sexo feminino). Assim definiram-se como variáveis preditoras as diversas dimensões do CERQ, e as dimensões do CDI foram definidas como variáveis critério.

Assim, relativamente aos resultados obtidos no sexo feminino, as dimensões *catastrofização*, *aceitação*, *reperspectivar* e *reorganização positiva*, constituem-se como as melhores preditoras das dimensões do CDI. Os resultados revelam que para a dimensão *humor negativo*, a *catastrofização* surge como o melhor preditor, explicando 7.1% da variância total ($r=.267$, $p<.05$; $t=2.477$, $p<.05$). Verificou-se que para a dimensão *ineficácia* o melhor preditor é também a *catastrofização*, que explica 12.4% da variância ($r=.352$, $p<.01$; $t=3.360$, $p<.05$). Encontrou-se ainda, que para a dimensão *anedonia*, o seu melhor preditor negativo é a *aceitação* ($r=.301$, $p<.05$; $t=-2.816$, $p<.01$), predizendo 9.0% da variância total da referida dimensão do CDI. Por último, a dimensão *reperspectivar* apresenta-se como o melhor preditor da dimensão *auto-estima negativa*, explicando 17.6% da variância ($r=.420$, $p<.01$; $t=-4.134$, $p<.05$). Para a escala total, verificou-se que o melhor preditor negativo é a *reorganização positiva* ($r=.283$, $p<.01$; $t=-2.641$, $p<.05$), explicando 8% da variância da escala total do CDI.

Quadro 6. Análise de regressão linear múltipla para estratégias cognitivas de regulação emocional (VI) sobre o risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva (VD), no sexo feminino (N=82)

CDI humor negativo				
Preditores	β	R ²	F	p
CERQ catastrofização	.267	.071	6.134	.015
CDI ineficácia				
Preditores	β	R ²	F	p
CERQ catastrofização	.352	.124	11.291	.001
CDI anedonia				
Preditores	β	R ²	F	p
CERQ aceitação	-.301	.090	7.947	.006
CDI auto-estima negativa				
Preditores	β	R ²	F	p
CERQ reperspectivar	-.420	.176	17.092	.000
CDI escala total				
Preditores	β	R ²	F	p
CERQ reorganização positiva	-.283	.080	6.973	.010

4.2.2. Estudo da relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva

Este estudo tem como objectivo avaliar a influência dos acontecimentos de vida negativos no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, com a variável acontecimentos de vida avaliada (pelo DHMS) no tempo 1 e a sintomatologia depressiva avaliada (através do CDI) no tempo 2. Tal como no estudo anterior, também a análise destas relações será feita para a amostra total e, ainda, de forma separada para o sexo masculino e para o sexo feminino.

Assim, os resultados encontrados para a amostra total, sugerem a existência de uma relação significativa entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva (quadro 7), no que respeita à dimensão *ineficácia* desta última. Isto porque à referida dimensão, aparece correlacionada de forma positiva e significativa, a dimensão *problemas na escola* dos acontecimentos de vida ($r=.358$, $p<.01$), o que sugere que a vivência de um maior número de acontecimentos de vida negativos na escola levará, no futuro, a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Quadro 7. Correlações das dimensões do DHMS (no tempo 1) com as dimensões CDI (no tempo 2), na amostra total (N=117)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
DHMS problemas escola	.080	.007	.358**	-.032	.077	.145
DHMS problemas família	.066	.009	.067	-.003	-.024	.004
DHMS problemas vizinhos	.051	.141	.077	-.014	-.029	.037
DHMS problemas pares	.007	-.003	.010	.042	.036	.009
DHMS problemas recursos	-.066	.070	.115	-.126	-.049	-.042
DHMS escala total	.112	.176	.178	.055	.046	.122

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Após a realização da análise das correlações de Pearson, percebe-se que, para a amostra total, a percentagem da variância total da dimensão *ineficácia* que é explicada pelos *problemas na escola*, está na ordem de 12.8% de uma predição positiva da referida variância ($r=.358$, $p<.01$; $R^2=.128$).

No que diz respeito aos resultados das correlações entre as dimensões do DHMS (T1) e do CDI (T2) para o sexo masculino, encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre as relações estudadas, no que diz respeito à escala total do DHMS e a dimensão *problemas interpessoais* do CDI ($r=.339$, $p<.05$). Esta associação sugere que quanto maior for o total na escala dos acontecimentos de vida, mais elevada será também a sintomatologia depressiva. O valor da correlação de Pearson encontrada é de magnitude baixa, e tanto esta como as restantes relações encontradas podem ser consultadas no quadro seguinte (quadro 8).

Quadro 8. Correlações das dimensões do DHMS (no tempo 1) com as dimensões CDI (no tempo 2), no sexo masculino (N=35)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
DHMS problemas escola	-.062	-.174	.192	-.215	-.086	-.099
DHMS problemas família	-.121	.087	-.227	-.224	.012	-.190
DHMS problemas vizinhos	.156	-.129	.096	-.045	-.030	.097
DHMS problemas pares	-.043	-.074	.006	.147	.042	.049
DHMS problemas recursos	-.161	.056	-.189	-.103	-.143	-.207
DHMS escala total	.179	.339*	.019	.157	.099	.185

**p ≤ .01 ; * p ≤ .05

No caso do sexo masculino, verificou-se que o valor preditivo da escala total dos acontecimentos de vida na dimensão do CDI *problemas interpessoais* é de 11.4% da variância total da referida dimensão do CDI ($r=.339$, $p<.05$; $R^2=.114$), sendo esta predição positiva e estatisticamente significativa.

Em relação aos valores das correlações de Pearson entre as dimensões do DHMS (em T1) e do CDI (em T2) para o sexo feminino, pode verificar-se que níveis mais elevados nos *problemas na escola*, e nos *problemas com os recursos*, assim como na própria escala total dos acontecimentos de vida, sugerem uma maior associação com a sintomatologia depressiva. Esta análise é feita com base nos resultados obtidos (quadro 9), em que se percebe que à dimensão *ineficácia*, estão positivamente correlacionados os *problemas na escola* ($r=.452$, $p<.01$) e os *problemas com os recursos* ($r=.225$, $p<.05$), bem como a escala total ($r=.247$, $p<.05$). Adicionalmente, em relação à dimensão *problemas na escola*, percebe-se que esta também se encontra correlacionada positivamente com a escala total do CDI ($r=.258$, $p<.05$). A magnitude destas associações varia entre baixa a moderada.

Quadro 9. Correlações das dimensões do DHMS (no tempo 1) com as dimensões CDI (no tempo 2), no sexo feminino (N=82)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
DHMS problemas escola	.141	.110	.452**	.041	.160	.258*
DHMS problemas família	.131	-.029	.208	.074	-.037	.079
DHMS problemas vizinhos	.024	.146	.070	.006	-.020	.020
DHMS problemas pares	-.018	.020	.002	-.008	.002	-.028
DHMS problemas recursos	-.069	.081	.225*	-.159	-.045	-.016
DHMS escala total	.086	.107	.247*	.015	.017	.094

**p ≤ .01 ; * p ≤ .05

De acordo com as correlações de Pearson encontradas entre as diferentes dimensões do DHMS em T1 e o CDI em T2, percebe-se que os *problemas na escola* ajudam a explicar 6.6% ($r=.258$, $p<.05$; $R^2=.066$) da variância da escala total do inventário que avalia a sintomatologia depressiva. Foram ainda realizadas análises de regressão linear múltipla (método *stepwise*) para averiguar qual das dimensões do DHMS se constitui como melhor preditor no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, para o sexo feminino. Assim definiram-se como variáveis preditoras as diversas dimensões do DHMS, e as dimensões do CDI como variáveis critério.

Da análise do quadro 10, verificou-se que a dimensão *problemas na escola* é o melhor preditor encontrado da dimensão *ineficácia* do CDI, explicando 20.4% da variância total da referida dimensão ($r=.452$, $p<.01$; $t=4.527$, $p<.05$). Desta associação, percebe-se que a escala acontecimentos de vida no tempo 1 prediz de forma positiva a sintomatologia depressiva no tempo 2.

Quadro 10. Análise de regressão linear múltipla para as dimensões dos acontecimentos de vida (variáveis independentes) sobre o risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva (variável dependente), no sexo feminino (N=82)

Preditores	CDI ineficácia			
	β	R^2	F	p
DHMS problemas escola	.452	.204	20.495	.000

4.3. Estudo III – O poder preditivo da sintomatologia depressiva em T1 nos acontecimentos de vida em T2

Este estudo foi realizado pelo facto de ser pertinente averiguar a possibilidade sustentada pela literatura de que a sintomatologia depressiva anterior (que será o CDI avaliado em T1) pode estar associada a mais acontecimentos negativos posteriores (que será avaliado pelo DHMS, em T2). Tal como no estudo anterior, também a análise destas relações será feita para a amostra total e, ainda, de forma separada para o sexo masculino e para o sexo feminino.

Relativamente aos resultados das correlações entre as dimensões do CDI (T1) e do DHMS (T2) para a amostra total (quadro 11), verificou-se que valores mais elevados na escala que avalia os acontecimentos de vida, se associam com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Este dado é sugerido pelas correlações encontradas como significativas entre as duas escalas, nomeadamente para os *problemas na escola*, que se correlaciona positiva e significativamente com as dimensões *humor negativo* ($r=.378$, $p<.01$), *ineficácia* ($r=.347$, $p<.05$) e *anedonia* ($r=.203$, $p<.05$), assim como com a escala total do CDI ($r=.354$, $p<.01$); para os *problemas no seio familiar*, a associação é também positiva com a dimensão *humor negativo* do CDI ($r=.289$, $p<.01$), com a dimensão *auto-estima negativa* ($r=.192$, $p<.05$) e

com a escala total ($r=.245$, $p<.01$); os *problemas com os vizinhos* aparecem associados a níveis mais elevados na dimensão *auto-estima negativa* ($r=.307$, $p<.01$) assim como com a escala total do CDI ($r=.196$, $p<.05$); em relação aos *problemas com os pares*, é possível perceber que estes também se correlacionam com o *humor negativo* ($r=.185$, $p<.05$); e, por último, os *problemas com os recursos* aparecem positivamente correlacionados com as dimensões *humor negativo* ($r=.342$, $p<.01$), *problemas interpessoais* ($r=.218$, $p<.05$) e *auto-estima negativa* ($r=.298$, $p<.01$), assim como com a escala total do CDI ($r=.328$, $p<.01$). No que à escala total dos acontecimentos de vida diz respeito, esta aparece positivamente associada com as dimensões do CDI *humor negativo* ($r=.382$, $p<.01$) e *auto-estima negativa* ($r=.317$, $p<.01$) assim como com a própria escala total do questionário que avalia a presença de sintomatologia depressiva ($r=.361$, $p<.01$). A magnitude das associações encontradas varia entre muito baixa e baixa.

Quadro 11. Correlações das dimensões do CDI (no tempo 1) com as dimensões DHMS (no tempo 2), na amostra total (N=117)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
DHMS problemas escola	.378**	.051	.347*	.203*	.150	.354**
DHMS problemas família	.289**	.171	.172	-.002	.192*	.245**
DHMS problemas vizinhos	.173	.048	.032	-.004	.307**	.196*
DHMS problemas pares	.185*	.009	-.118	.113	.068	.093
DHMS problemas recursos	.342**	.218*	.058	.113	.298**	.328**
DHMS escala total	.382**	.173	.104	.172	.317**	.361**

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Partindo das correlações encontradas para a amostra total, os resultados mostram que, para os *problemas com os vizinhos* a *auto-estima negativa* prediz 9.4% da sua variância total ($r=.307$, $p<.05$; $R^2=.094$). Para os *problemas com os pares*, o seu preditor *humor negativo* ajuda a explicar 3.4% da sua variância total ($r=.185$, $p<.05$; $R^2=.034$). No que respeita à predição da escala total do CDI (isoladamente) nas diferentes dimensões do DHMS, verifica-se que esta explica 12.5% da variância total dos *problemas com a escola* ($r=.354$, $p<.01$; $R^2=.125$), 6% da variância total dos *problemas na família* ($r=.245$, $p<.01$; $R^2=.060$), prediz ainda 3.8% da variância total da dimensão *problemas com os vizinhos* ($r=.196$, $p<.05$; $R^2=.038$) e ajuda ainda a explicar 10.7% da variância da dimensão *problemas com os recursos* ($r=.328$, $p<.01$; $R^2=.107$), assim como para a escala total dos acontecimentos de vida, a escala total do CDI prediz significativamente 13% da sua variância total ($r=.361$, $p<.01$; $R^2=.130$). Todas as predições encontradas são positivas.

Em relação às regressões lineares múltiplas, método *stepwise* realizadas para a amostra total (quadro 12), para verificar qual o melhor

preditor dos acontecimentos de vida, verificou-se que os melhores preditores dos *problemas na escola* são o *humor negativo*, que explica 14.3% da variância total da dimensão referida ($r=.378$, $p<.0$; $t=4.372$, $p=000$) e a *ineficácia*, que ajuda a explicar mais 5.9% da variância da mesma dimensão ($r=.347$, $p<.0$; $t=2.907$, $p<.05$). No que à dimensão *problemas com a família* diz respeito, o seu melhor preditor encontrado foi o *humor negativo*, ajudando a explicar 8.3% da variância total da referida dimensão do DHMS ($r=.289$, $p<.01$; $t=3.237$, $p<.05$). Por último, para a escala total dos acontecimentos de vida, o melhor preditor também positivamente encontrado foi, novamente, o *humor negativo*, que prediz 14.6% da variância total da escala DHMS ($r=.382$, $p<.01$, $p<.;$; $t=4.436$, $p=000$).

Quadro 12. Análise de regressão linear múltipla para as dimensões da sintomatologia depressiva (VI) sobre o risco de experienciar mais acontecimentos de vida negativos (VD), na amostra total (N=117)

DHMS problemas escola				
Preditores	β	R ²	F	p
CDI humor negativo	.378	.143	19.115	.000
CDI ineficácia	.255	.202	14.403	.000
DHMS problemas família				
Preditores	β	R ²	F	p
CDI humor negativo	.289	.083	10.477	.002
DHMS total				
Preditores	β	R ²	F	p
CDI humor negativo	.382	.146	19.674	.000

Dando continuidade ao estudo da relação entre a sintomatologia depressiva no tempo 1 e os acontecimentos de vida no tempo 2, em relação ao sexo masculino (quadro 13), verificou-se que os níveis mais elevados de *problemas na escola* sugerem uma maior associação com a sintomatologia depressiva. Isto porque, a dimensão *problemas na escola* está positivamente correlacionada com o *humor negativo* ($r=.488$, $p<.01$) e com a *ineficácia* ($r=.397$, $p<.05$), sendo que estas associações são ambas de baixa magnitude.

Quadro 13. Correlações das dimensões do CDI (no tempo 1) com as dimensões DHMS (no tempo 2), no sexo masculino (N=35)

	CDI humor negativo	CDI problemas interpessoais	CDI ineficácia	CDI anedonia	CDI auto-estima negativa	CDI escala total
	r	r	r	r	r	r
DHMS problemas escola	.488**	-.197	.397*	.016	-.033	.250
DHMS problemas família	.311	-.006	.199	-.091	.088	.145
DHMS problemas vizinhos	-.060	.122	.260	.167	.053	.300
DHMS problemas pares	.102	.149	-.081	.126	.256	.126

DHMS problemas recursos	.062	.109	.141	.086	.086	.234
DHMS escala total	.185	.088	.153	.059	.139	.217

**p ≤ .01 ; * p ≤ .05

No que respeita às análises de regressão linear múltipla (método *stepwise*) para o sexo masculino, e neste caso para perceber qual o melhor preditor dos *problemas com a escola* (entre as dimensões *humor negativo* e *ineficácia*, do CDI), estas não foram realizadas porque o número de casos pertencentes ao género mencionado é reduzido (N=35), sendo que para que as referidas análises se pudessem realizar, a dimensão da amostra deveria ser superior a 50 pessoas (Tabachnick & Fidell, 2001).

Através da análise do quadro 14, cujos resultados dizem respeito às correlações entre as dimensões do CDI (no tempo 1) e do DHMS (no tempo 2) para o sexo feminino, verificou-se que os níveis mais elevados de qualquer uma das dimensões da escala dos acontecimentos de vida (à excepção da dimensão *problemas com os pares*), se traduzem numa maior associação com a sintomatologia depressiva. Esta conclusão retira-se a partir da análise das correlações de Pearson, que nos dizem que à dimensão *humor negativo* estão positivamente correlacionadas as dimensões *problemas na escola* (r=.335, p<.01), *problemas com a família* (r=.292, p<.01), os *problemas com os recursos* (r=.398, p<.01), e ainda a escala total dos acontecimentos de vida (r=.448, p<.01). Por sua vez, à dimensão *problemas interpessoais*, encontra-se correlacionada positivamente as dimensões *problemas na família* (r=.249, p<.05), *problemas com os recursos* (r=.272, p<.05), e a escala total do DHMS (r=.231, p<.05). A dimensão *problemas na escola* também aparece positivamente correlacionada com a dimensão *ineficácia* (r=.349, p<.01), sendo que para a dimensão *anedonia* do CDI, aquela que lhe aparece positivamente correlacionada são, também, os *problemas na escola* (r=.301, p<.01), assim como, novamente, a escala total dos acontecimentos de vida (r=.225, p<.05). Para a dimensão *auto-estima negativa* verificou-se que há correlações positivas entre as dimensões *problemas com a família* (r=.238, p<.05), *problemas com os vizinhos* (r=.349, p<.01), e, por último, com a escala total do DHMS (r=.338, p<.01). Em relação à escala total do CDI, encontrou-se que esta se relaciona positiva e significativamente com as dimensões *problemas na escola* (r=.403, p<.01), *problemas com a família* (r=.285, p<.01), *problemas com os recursos* (r=.356, p<.01), e com a própria escala total do DHMS (r=.425, p<.01), defendendo que quanto mais elevados são os níveis nestas dimensões dos acontecimentos e vida e consequentemente no total da escala, maior será a sintomatologia depressiva futura. A magnitude das associações encontradas varia entre baixa e moderada.

Quadro 14. Correlações das dimensões do CDI (no tempo 1) com as dimensões DHMS (no tempo 2), no sexo feminino (N=82)

CDI	CDI	CDI	CDI	CDI	CDI
humor	problemas	ineficácia	anedonia	auto-estima	escala
negativo	interpessoais			negativa	total

	r	r	r	r	r	r
DHMS problemas escola	.335**	.181	.349**	.301**	.214	.403**
DHMS problemas família	.292**	.249*	.156	.042	.238*	.285**
DHMS problemas vizinhos	.214	.039	-.001	-.0066	.349**	.170
DHMS problemas pares	.188	-.027	-.087	.102	-.015	.081
DHMS problemas recursos	.398**	.272*	.074	.119	.329**	.356**
DHMS escala total	.448**	.231*	.127	.225*	.388**	.425**

**p ≤ .01 ; * p ≤ .05

Da análise do quadro anterior (quadro 14), é possível ainda aferir que os resultados da escala total do CDI nas diferentes dimensões do DHMS mostram que, para a dimensão *problemas com os vizinhos*, a *auto-estima negativa* ($r=.349$, $p<.01$; $R^2=.121$), explica 12.1% da variância total da dimensão do CDI. No que diz respeito à predição da escala total do CDI no tempo 1, nos acontecimentos de vida negativos avaliados no tempo 2, verifica-se através da análise dos resultados que, para a dimensão *problemas com a escola*, o total do CDI prediz 16.2% da variância total da dimensão ($r=.403$, $p<.01$; $R^2=.162$). Para a dimensão *problemas com a família*, a escala total da sintomatologia depressiva, aparece a predizer 8.1% da variância total da referida dimensão ($r=.285$, $p<.01$; $R^2=.081$). Em relação à dimensão *problemas com os recursos*, a escala total do CDI ajuda a explicar 12.6% da variância total da dimensão ($r=.356$, $p<.01$; $R^2=.126$). Por último, a escala total do CDI prediz também 18% da escala total do DHMS ($r=.425$, $p<.01$; $R^2=.180$).

Relativamente aos resultados obtidos para o sexo feminino (quadro 15), no que respeita a regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), estes mostram que todas as dimensões do CDI, no primeiro tempo, são preditoras dos acontecimentos de vida negativos no segundo tempo (que no nosso estudo, são 12 meses depois). Assim, para a dimensão *problemas na escola*, aparecem como melhores preditores dos acontecimentos de vida negativos o *humor negativo* ($r=.349$, $p<.01$; $t=3.329$, $p<.05$) e a *ineficácia* ($r=.164$, $p<.01$; $t=2.253$, $p=000$), explicando 12.2% e 6.5%, respectivamente, da variância total dos *problemas na escola*. Encontraram-se, ainda, predições significativas para a dimensão *problemas com a família*, em que o melhor preditor destes problemas é o *humor negativo*, explicando 8.5% da variância total da dimensão do DHMS referida ($r=.292$, $p<.05$; $t=2.731$, $p<.05$). Para finalizar relativamente às dimensões da escala dos acontecimentos de vida, o melhor preditor encontrado para a dimensão *problemas com os recursos*, e que ajuda a explicar 15.8% da variância total da dimensão referida, diz respeito à dimensão *humor negativo* do CDI ($r=.398$, $p<.01$; $t=3.881$, $p=000$). Por último, na predição da escala total dos acontecimentos de vida, surge como melhor preditor positivo e estatisticamente significativo novamente a dimensão do CDI *humor negativo* ($r=.448$, $p<.01$; $t=4.477$, $p=000$) predizendo 20% da variância total da escala DHMS.

Quadro 15. Análise de regressão linear múltipla para a sintomatologia depressiva (VI) sobre o risco de experienciar mais acontecimentos de vida negativos (VD), no sexo feminino (N=82)

DHMS problemas escola				
Preditores	β	R²	F	p
CDI ineficácia	.349	.122	11.081	.001
CDI humor negativo	.264	.187	9.095	.000
DHMS problemas família				
Preditores	β	R²	F	p
CDI humor negativo	.292	.085	7.460	.008
DHMS problemas recursos				
Preditores	β	R²	F	p
CDI humor negativo	.398	.158	15.051	.000
DHMS escala total				
Preditores	β	R²	F	p
CDI humor negativo	.448	.200	20.043	.000

Todas as predições anteriormente referidas, relativamente à percentagem de variância explicada da sintomatologia depressiva nas dimensões dos acontecimentos de vida mostraram-se predições positivas, o que sugere que quanto maior forem os níveis de sintomatologia depressiva presentes num determinado momento (neste caso, no tempo 1), mais tendem os sujeitos a vivenciar acontecimentos de vida negativos (neste caso no tempo 2, *follow-up* de 12 meses).

4.4. Estudo IV – Estudo da mediação das estratégias cognitivas de regulação emocional (em T2), entre os acontecimentos de vida (em T1) e a sintomatologia depressiva (em T2)

Para realizar este estudo⁸, foram seguidos os passos propostos por Baron & Kenny (1986), que se encontram explicados no ponto 3.3., relativo ao Procedimento. Pretende-se verificar se a regulação emocional (avaliada em T2) poderá funcionar como variável mediadora entre os acontecimentos de vida negativos (avaliados em T1) e a sintomatologia depressiva (em T2).

4.4.1. Estudo do efeito mediador da *auto-crítica* na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva

O primeiro modelo foi realizado para testar a exposição a acontecimentos de vida negativos, a utilização da estratégia de regulação

⁸ Apenas foram feitas análises para os factores do CERQ (T2) que revelaram correlações estatisticamente significativas com as escalas totais do DHMS (T1) e CDI (T2).

emocional *auto-crítica* e os problemas de internalização (neste estudo, a sintomatologia depressiva). Este modelo pode ser consultado na Figura 1.

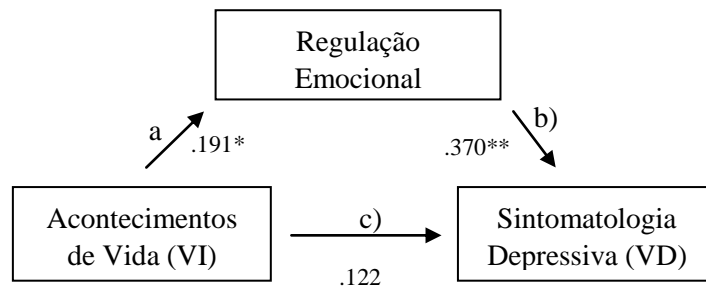


Figura 1 – Modelo ilustrativo da relação de mediação da estratégia cognitiva de regulação emocional *auto-crítica* (variável mediadora – VM) entre os acontecimentos de vida (variável preditora ou independente – VI) e a depressão (variável critério ou dependente – VD)

No primeiro passo, foi testada uma análise de regressão linear simples usando como variável independente (VI) os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva como variável dependente (VD). Os resultados obtidos mostraram que este modelo prediz 1.5% da variância encontrada, contudo não é significativo ($\beta=.122$; $t=1.319$, $p>.05$). Tal como referido por Kenny, Kashy e Bolger (1998), a mediação é, ainda assim, passível de ser estabelecida.

No segundo passo, foi realizada uma análise de regressão entre os acontecimentos de vida (VI) e a auto-crítica como variável mediadora (VM). Os resultados indicaram que este modelo é significativo ($R^2=.036$; $F=4.334$, $p<.05$), explicando 3.6% da variância total da auto-crítica ($\beta=.191$; $t=2.082$, $p<.05$).

No terceiro passo, realizou-se uma regressão linear simples entre a auto-crítica (VI) e a sintomatologia depressiva (VD). Desta análise, é possível perceber que este modelo é significativo ($R^2=.137$; $F=18.287$, $p=000$), e ajuda a explicar 13.7% da variância total da sintomatologia depressiva ($\beta=.370$; $t=4.276$, $p=000$).

No quarto passo foi realizada uma regressão linear múltipla introduzindo os acontecimentos de vida e a auto-crítica como VI's e a sintomatologia depressiva como VD. Este modelo revelou-se significativo ($R^2=.140$; $F=9.275$, $p=000$), explicando 14% da sintomatologia depressiva ($\beta=.360$; $t=4.071$, $p=000$). Os resultados mostram que quando a variável mediadora (VM) é adicionada, o β da VI diminui para $.053$, mantendo-se significativo ($p=000$). Perante isto, verifica-se que a auto-crítica medeia significativamente a relação entre a ocorrência de acontecimentos de vida negativos e a sintomatologia depressiva. O resultado do *Sobel test* mostrou que este efeito é significativo ($z=2.302$, $p<.05$).

4.4.2. Estudo do efeito mediador da *ruminação* na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva

O segundo modelo realizou-se para testar a exposição a acontecimentos de vida negativos, a utilização da estratégia de regulação emocional *ruminação* e os problemas de internalização (neste estudo, a sintomatologia depressiva). Este modelo pode ser consultado na Figura 2.

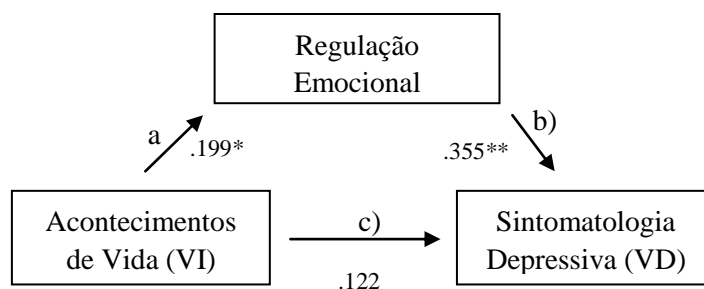


Figura 2 – Modelo ilustrativo da relação de mediação da estratégia cognitiva de regulação emocional *ruminação* (variável mediadora – VM) entre os acontecimentos de vida (variável preditora ou independente – VI) e a depressão (variável critério ou dependente – VD)

No primeiro passo, foi testada uma análise de regressão linear simples usando como variável independente (VI) os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva como variável dependente (VD). Os resultados obtidos mostraram que este modelo prediz 1.5% da variância encontrada, contudo não é significativo ($\beta=.122$; $t=1.319$, $p>.05$). Tal como referido por Kenny, Kashy e Bolger (1998), a mediação é, ainda assim, passível de ser estabelecida.

Depois de o 1º passo já estar estabelecido no ponto anterior, procedeu-se ao segundo passo, que consistiu numa análise de regressão entre os acontecimentos de vida (VI) e a ruminação como variável mediadora (VM). Os resultados indicaram que este modelo é significativo ($R^2=.040$; $F=4.752$, $p<.05$), explicando 4% ($\beta=.199$; $t=2.180$, $p<.05$).

No terceiro passo, realizou-se uma regressão linear simples entre a ruminação (introduzida como VI) e a sintomatologia depressiva (introduzida como VD). Desta análise, é possível perceber que este modelo é significativo ($R^2=.126$; $F=16.550$, $p=000$), e ajuda a explicar 12.6% da variância total da sintomatologia depressiva ($\beta=.355$; $t=4.068$, $p=000$).

No quarto passo, foram introduzidos os acontecimentos de vida e a ruminação como VI's e a sintomatologia depressiva como VD, através de uma regressão linear múltipla. Os resultados mostram que este modelo se revela significativo ($R^2=.129$; $F=8.409$, $p=000$), explicando 12.9% da sintomatologia depressiva ($\beta=.344$; $t=3.856$, $p=000$). Os resultados mostram que quando a variável mediadora (VM) é adicionada, o β da VI diminui para .054, mantendo-se significativo ($p=000$). Assim, verifica-se que a ruminação medeia significativamente a relação entre os acontecimentos de vida e a

sintomatologia depressiva. Depois de recorrer ao *Sobel test*, este mostrou que este efeito mediador é significativo ($z=2.274$, $p<.05$).

4.4.3. Estudo do efeito mediador da *catastrofização* na relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva

Por último, o terceiro modelo foi realizado para testar a exposição a acontecimentos de vida negativos, a utilização da estratégia de regulação emocional *catastrofização* e os problemas de internalização (neste estudo, a sintomatologia depressiva). Este modelo pode ser consultado na Figura 3.

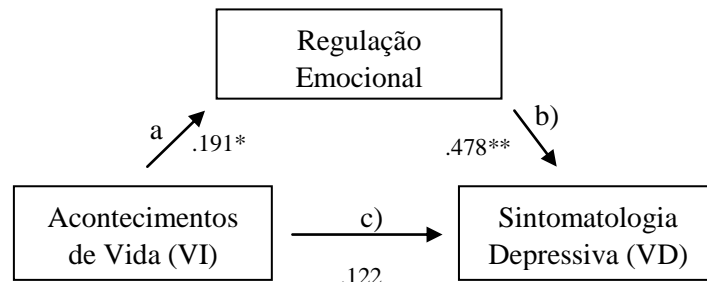


Figura 3 – Modelo ilustrativo da relação de mediação da estratégia cognitiva de regulação emocional *catastrofização* (variável mediadora – VM) entre os acontecimentos de vida (variável preditora ou independente – VI) e a depressão (variável critério ou dependente – VD)

No primeiro passo, foi testada uma análise de regressão linear simples usando como variável independente (VI) os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva como variável dependente (VD). Os resultados obtidos mostraram que este modelo prediz 1.5% da variância encontrada, contudo não é significativo ($\beta=.122$; $t=1.319$, $p>.05$). Tal como referido por Kenny, Kashy e Bolger (1998), a mediação é, ainda assim, passível de ser estabelecida.

No segundo passo, realizou-se uma análise de regressão simples entre os acontecimentos de vida (VI) e a *catastrofização* como variável mediadora (VM). Os resultados indicam que este modelo é significativo ($R^2=.036$; $F=4.344$, $p<.05$), explicando 3.6% ($\beta=.191$; $t=2.084$, $p<.05$).

No terceiro passo, realizou-se uma regressão linear simples entre a *catastrofização* (VI) e a sintomatologia depressiva (VD). Da análise dos resultados esta regressão, conclui-se que este modelo é significativo ($R^2=.229$; $F=34.077$, $p=000$), e ajuda a explicar 22.9% da variância total da sintomatologia depressiva ($\beta=.478$; $t=5.838$, $p=000$).

No quarto passo, a partir de uma regressão linear múltipla, foram introduzidos os acontecimentos de vida e a *catastrofização* como VI's, e a sintomatologia depressiva como VD. Os resultados mostram que este modelo se revela significativo ($R^2=.230$; $F=16.985$, $p=000$), explicando 23% da sintomatologia depressiva ($\beta=.472$; $t=5.636$, $p=000$). Deste modo, mostram que quando a variável mediadora (VM) é adicionada, o β da VI

diminui para 0.32, mantendo-se significativo ($p=0.00$). Isto indica que a catastrofização medeia significativamente a relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva. Depois de recorrer ao *Sobel test*, este mostrou que este efeito mediador é significativo ($z=3.365$, $p<.01$).

V – Discussão

Estudo I – Relações entre as variáveis em estudo e as variáveis sócio-demográficas

O objectivo deste primeiro estudo consistia no cruzamento das variáveis estudadas (estratégias cognitivas de regulação emocional, acontecimentos de vida de *stress* e sintomatologia depressiva) na população adolescente, com as variáveis sócio-demográficas (mais especificamente, com o sexo, idade e escolaridade).

Em relação às estratégias cognitivas de regulação emocional, verifica-se que as raparigas são as que mais recorrem à estratégia de regulação emocional positiva *replaneamento*, apesar de serem estas as que apresentaram também valores mais elevados na dimensão *ruminação* (em ambos os tempos), tendo sido esta a dimensão em que as diferenças entre os sexos foram mais evidentes. No que diz respeito às idades, verifica-se a existência de diferenças significativas na dimensão *catastrofização*, tendo-se encontrado que os resultados tendem a ser mais elevados com o aumentar da idade (o que nos diz que esta é uma estratégia que parece ser mais utilizada por adolescentes mais velhos, embora os mais novos também recorram à referida estratégia em termos de regulação emocional). Importa ainda referir que, contudo, para as dimensões que avaliam estratégias cognitivas de regulação emocional adaptativas parece haver um pico aos 14 anos, em que os adolescentes recorrem mais a esta estratégia, havendo depois uma diminuição aquando da passagem para os 15 anos (análise realizada a partir do teste *post-hoc* de Tukey). Já em termos de escolaridade, estas estratégias adaptativas, de uma forma geral, tendem a ser mais utilizadas conforme os jovens avançam de ano escolar (e.g., *aceitação*), o que está directamente relacionado com o aumentar da idade dos adolescentes.

No que respeita a diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os sexos no questionário que avalia os acontecimentos de vida, essas diferenças apenas se revelaram para a dimensão *problemas com os pares*, em ambos os tempos avaliados, com as raparigas a apresentarem valores mais elevados do que os rapazes. Este era um dado esperado (e hipotizado anteriormente em H4), pois dentro dos acontecimentos de vida negativos que os adolescentes podem experienciar, as raparigas tendem a apresentar mais problemas com os amigos (Rudolph & Hammen, 1999; Hammen, 2009). Já a associação que tem sido defendida de que os rapazes reportam mais eventos negativos em termos escolares (Rudolph & Hammen, 1999; Hammen, 2009), e que foi hipotizada em H5, não foi encontrada como significativa neste estudo. Contudo, e ressaltando o facto de serem poucos os sujeitos masculinos da amostra, foi encontrado que os rapazes apresentam

valores médios mais elevados do que as raparigas nos *problemas com a escola*, no primeiro tempo avaliado (T1), embora não seja uma diferença estatisticamente significativa. Um outro dado curioso deste estudo prende-se com o facto de, em termos de diferenças de idades, se verificar de forma clara que existe um pico nas pontuações obtidas, pico esse que acontece aos 14 anos de idade. Isto, em parte, corrobora o defendido por Rudolph & Hammen (1999), que encontraram que os estudantes mais velhos apresentam mais acontecimentos de vida negativos do que os mais novos, embora no presente estudo se tenha verificado que aos 15 anos existe um decréscimo nas pontuações das escalas e total do DHMS em relação aos 14 anos de idade (embora continuem aos 15 anos ainda com valor superior ao encontrado aos 13 anos de idade).

Foi possível, ainda, perceber que as raparigas tendem a apresentar valores mais elevados nos acontecimentos de vida negativos (tanto em T1 como em T2) comparativamente com os rapazes. Estes dados têm sido encontrados e defendidos pelos estudos que têm sido realizados (e.g., Goodyer et al., 2000), que sugerem que esta relação encontrada é mais clara e forte no sexo feminino: é nas raparigas que mais se encontra que a experiência de eventos de *stress* leva à sintomatologia depressiva, e que lhes acrescenta uma maior probabilidade de recorrência dos sintomas e do posterior desenvolvimento da patologia (Ge et al., 2001; Patton et al., 2003; Kercher et al., 2009). Em relação à escolaridade, verificou-se, que em T2 existe um pico no 9ºano de escolaridade. Estes adolescentes, em T1 pertenciam ao 8ºano de escolaridade, o que sugere que os acontecimentos de vida negativos experienciados pelos jovens vão aumentando à medida que a escolaridade também aumenta.

Através da análise dos resultados relativos à sintomatologia depressiva, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, embora as raparigas tenham obtido valores mais elevados tanto em T1 como em T2 (o que foi previamente hipotizado em H1, de acordo com a revisão da literatura realizada), em relação à sintomatologia depressiva, sendo esta diferença mais evidente para o segundo tempo. Ainda que os dados não apresentem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, as raparigas apresentam, no geral, valores médios mais elevados do que os rapazes em todas as dimensões do CDI. A única dimensão da escala que avalia a sintomatologia depressiva em que se verificou a existência de diferenças significativas diz respeito à dimensão *ineficácia* do CDI, em T1, na qual o sexo masculino apresenta valores mais elevados. Este conjunto de resultados encontrados em relação à sintomatologia depressiva, pode ser explicado pelo facto de as perturbações durante a adolescência terem um comportamento heterogéneo, que depende da fase de desenvolvimento do jovem e da altura em que surgiram, sendo multicausal na sua explicação (com factores extrínsecos e intrínsecos ao próprio indivíduo) e com prognóstico muito variado, quando perspectivada ao longo do ciclo de vida (Marujo, 2000).

Tendo em conta a idade dos sujeitos, é possível verificar que aqueles

que têm agora 13 anos apresentam valores mais baixos do que os que têm 14 anos (isto verifica-se em todas as dimensões e total do CDI em T1 e T2, apenas com a excepção da dimensão *anedonia* do CDI tempo 2), o que sugere a existência de um “pico” da sintomatologia depressiva em torno dos 14 anos de idade. Contudo, e embora no nosso estudo haja um pequeno decréscimo da sintomatologia por volta dos 15 anos (verificado através do teste *post-hoc* de Tukey), parece que a sintomatologia depressiva tende a aumentar com a idade, assim como já tem sido encontrado em diversos estudos realizados nesta fase de desenvolvimento, que têm defendido que a probabilidade de existirem episódios depressivos na adolescência aumenta com a idade (Anderson, 2012), pois mesmo havendo a diminuição nos valores obtidos aos 15 anos em comparação com os 14, estes continuam a ser mais elevados do que os revelados aos 13 anos de idade. Em termos escolares, esta associação dos anos de escolaridade com a sintomatologia depressiva, parece querer mostrar que esta tende a aumentar com a escolaridade. Quando comparados os dois momentos de avaliação, verifica-se que os adolescentes pertencentes ao 9ºano de escolaridade em T2 (que em T1 pertenciam ao 8ºano) apresentam valores mais elevados, o que pode ser explicado por possíveis preocupações dos adolescentes com a transição para o ensino secundário que está cada vez mais próximo, e que será mais uma nova e desafiadora etapa nas suas vidas, que é por alguns vivenciada como problemática.

Da análise dos dados encontrados, é claro o pico de sintomatologia aos 14 anos de idade, o que vai de encontro ao encontrado por diversos autores, de que o primeiro episódio depressivo se encontra em torno da referida idade (e.g., Hammen et al., 2008; Merikangas & Knight, 2008). Apesar disso, importa ter em conta que o grupo de adolescentes avaliados é constituído maioritariamente por jovens do sexo feminino, assim como acresce ainda o facto de o número de sujeitos avaliados ser superior em torno dos 14 anos de idade, verificando-se que é ao 9º ano de escolaridade que pertence a maioria dos sujeitos que entram neste estudo. Estes aspectos podem ter contribuído para algum enviesamento dos dados, o que coloca algumas reservas na generalização dos resultados encontrados neste estudo.

Estudo II – Acontecimentos de vida e estratégias cognitivas de regulação emocional como possíveis preditores do aparecimento da Perturbação Depressiva *Major*, em Adolescentes

2.1. Estudo da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional vida e a sintomatologia depressiva

O segundo estudo conceptualizado diz respeito à relação existente entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Verificou-se que, de facto, esta relação existe e que pode ter impacto no humor do adolescente. Encontrou-se que todas as dimensões do CERQ em T1 (à excepção das dimensões *auto-crítica* e *culpa no outro*) se encontram relacionadas com a sintomatologia depressiva

(avaliada em T2), quando esta relação foi estudada para a amostra total (com ambos os sexos). Encontrou-se, ainda, que as dimensões consideradas estratégias adaptativas de regulação emocional (e.g., *aceitação*, *reorganização positiva*, *replaneamento*, *reavaliação positiva* e *reperspectivar*), parecem funcionar como factores protectores do indivíduo, uma vez que mostram associações negativas com a sintomatologia depressiva (previamente hipotizado em H6), e as dimensões desadaptativas de regulação das emoções (e.g., *ruminação* e *catastrofização*), parecem funcionar como factores de risco, tendo em conta que estas mostram associações positivas com a sintomatologia depressiva (hipotizado anteriormente em H7), o que vai de encontro ao que tem sido defendido na literatura (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2007; Werner & Gross, 2010). Estes dados encontrados sugerem que baixos níveis de estratégias positivas e elevados níveis de estratégias cognitivas de regulação emocional negativas, se associam com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, o que se coaduna com aquilo que já tem sido referido na literatura (e.g., Garnefski e Kraaij, 2006). Esta análise foi feita, também, de forma separada para o género feminino e masculino, pois embora esta relação seja mais clara e evidente nas raparigas (podendo ser o sexo feminino o que está a contribuir para que alguns dos dados da amostra total sejam significativos), os dados do sexo masculino também se mostraram significativos para uma das dimensões do CERQ em T1 (*replaneamento*), predizendo a sintomatologia depressiva em T2.

Contudo, impera que se tenham algumas ressalvas na análise dos dados encontrados, nomeadamente pelo facto de os estudos anteriores que visavam a clarificação da relação avaliada neste estudo, terem sido realizados com amostras substancialmente superiores à do presente estudo, o que pode ajudar a explicar alguma da dificuldade numa clara definição daquelas estratégias a que os jovens mais tendem a recorrer, assim como de que forma é que essa utilização influencia o seu bem-estar futuro.

Apesar de alguns cuidados na generalização destes dados deverem ser tidos em conta, em programas futuros de prevenção da Perturbação Depressiva Major em adolescentes, estes deverão ser um foco de atenção, na medida em que podem ser implementados programas que incidam sobre a avaliação das estratégias usadas pelos jovens e sobre o ensino de estratégias mais adequadas de regulação das emoções, face a acontecimentos de vida que estes avaliem como negativos ou desagradáveis. Isto até porque perante determinados acontecimentos de *stress*, e da própria acumulação destes acontecimentos na vida dos jovens, o uso de estratégias de regulação emocional mal-adaptativas e o facto de os adolescentes fazerem atribuições causais normalmente nestes casos internas, estáveis e globais, acaba por os vulnerabilizar para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, o que tem implicações ao nível do seu desenvolvimento cognitivo e social, que trará implicações futuras a todos os níveis, nomeadamente em termos de competências sociais e de interacção com os outros.

2.2. Estudo da relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva

A literatura aponta para a existência de uma relação entre os acontecimentos de vida e a vulnerabilidade para a Depressão (e.g., Hazel et al., 2008). De facto, as correlações entre os acontecimentos de vida (em T1) e a sintomatologia depressiva (em T2) no presente estudo são positivas, sendo que este tipo de associação sugere que quanto mais acontecimentos de vida negativos os sujeitos experienciam, mais elevada será a sintomatologia depressiva (o que vai de acordo com o que foi anteriormente hipotizado, em H2). Embora não tenham sido encontradas correlações elevadas, aquelas que foram obtidas mostram que existe associação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva, tendo sido esta relação encontrada de forma mais clara quando estudada no sexo feminino. Foi possível perceber, também, que é a dimensão *problemas na escola* que mais se associa com a sintomatologia depressiva nas raparigas, predizendo de forma significativa a sintomatologia depressiva (o mesmo não se verificou quando se estudou esta relação no sexo masculino, o que pode dever-se, em parte, ao facto de o N da amostra masculina ser baixo – N=35). Contudo, os valores obtidos na escala total do DHMS, no sexo masculino, relacionam-se significativamente com a sintomatologia depressiva que os rapazes apresentam. As correlações existentes entre as variáveis, demonstraram associações de magnitude que varia entre baixa e moderada, o que faz com que não haja tanta segurança nas afirmações que se fazem relativamente aos resultados obtidos neste estudo. É ainda pertinente realçar que o questionário utilizado para avaliar os acontecimentos de vida não abrange todo o tipo de eventos indutores de *stress* a que os adolescentes podem estar sujeitos, podendo também este aspecto ter funcionado como um entrave à obtenção de outro tipo de resultados. Tal como defendido por Hammen (2009), não é claro se são os acontecimentos de vida que vulnerabilizam os adolescentes para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ou se será a própria sintomatologia depressiva que levará a que os indivíduos estejam mais propícios a experiências de *stress*, o que levou à realização do estudo que será, de seguida, discutido.

Estudo III – O poder preditivo da sintomatologia depressiva em T1 nos acontecimentos de vida em T2

O estudo da associação entre a sintomatologia depressiva (avaliada em T1) e os acontecimentos de vida (avaliados em T2) surgiu pelo facto de o *stress* ter aparecido na literatura como um preditor do aparecimento da Depressão e sintomas relacionados com a mesma, mas também como uma consequência da Perturbação Depressiva e das características que uma pessoa deprimida apresenta (Hammen, 2009).

Neste estudo, os resultados encontrados demonstraram uma associação mais forte comparativamente com o estudo anterior. De facto, é possível verificar que a presença de sintomatologia depressiva vulnerabiliza os adolescentes para a vivência de um maior número e diversidade de

acontecimentos de vida negativos (o que vai ao encontro da hipótese previamente colocada em H3), não esquecendo que existem outras variáveis que não foram controladas e que podem estar a influenciar os resultados. Isto porque todas as dimensões presentes no questionário que avaliam a sintomatologia depressiva se mostraram correlacionadas com os eventos indutores de *stress* avaliados. De facto, e depois de estudada esta relação com o espaçamento de 12 meses, num estudo longitudinal, verificou-se que esta associação é positiva e mais forte do que a relação inversa (acontecimentos de vida em T1 a predizer a sintomatologia depressiva em T2), analisada no estudo anterior. A literatura tem, realmente, mostrado que alguns indivíduos apresentam maior probabilidade de experienciar acontecimentos de vida negativos, que são pelo menos em parte devido aos seus comportamentos. De facto, quando se estuda, avalia e intervém na emocionalidade negativa que o jovem apresenta, é importante ter em conta os acontecimentos negativos e indutores de *stress* que podem advir desse seu estado emocional (Kercher et al, 2009).

Apesar do referido anteriormente, é importante ter algumas reservas na generalização dos resultados, pois a forma como os acontecimentos de vida são medidos tem implicações para os resultados que se obtêm. Neste estudo em concreto, os acontecimentos de vida foram avaliados pelo instrumento de auto-relato DHMS, e deveriam ser privilegiados outro tipo de instrumentos, recorrendo preferencialmente a entrevistas e a uma avaliação mais exaustiva, nomeadamente com o recurso a vários questionários de auto-resposta para complementar a informação recolhida na entrevista.

Estudo IV – Estudo da mediação das estratégias cognitivas de regulação emocional (CERQ), entre os acontecimentos de vida (DHMS) e a sintomatologia depressiva (CDI)

A realização deste estudo prende-se com o facto de a revisão da literatura mostrar que as estratégias cognitivas de regulação emocional podem estar a mediar a relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva, sendo objectivo desta análise constatar se essa relação se verifica, nesta amostra recolhida. Para tal, foi utilizado o Modelo de Mediação de Baron e Kenny (1986), previamente explicado.

Neste estudo, um problema inicial encontrado relacionou-se com o facto de não existir relação significativa entre a nota total da Variável Independente (VI) acontecimentos de vida com a Variável Dependente (VD) sintomatologia depressiva, relação esta que se refere ao passo 1 do Modelo de Mediação proposto por Baron e Kenny (1986). Contudo, 12 anos mais tarde, Kenny, Kashy e Bolger (1998), referiram que este passo não é requisito obrigatório para que o estudo da mediação seja realizado, uma vez que esta relação VI com VD está implícita, automaticamente, nos dois passos seguintes (passos 2 e 3), tendo sido então dada continuidade a este estudo de mediação.

Tem sido defendido que as estratégias cognitivas de regulação emocional são uma variável central na compreensão da relação entre

acontecimentos de vida de *stress* e o desenvolvimento de sintomas depressivos, durante a adolescência (e.g., Werner & Gross, 2010). Analisar as perturbações clínicas tendo por base a regulação emocional ajuda a delinear mecanismos que são comuns a determinados distúrbios psicológicos. Assim, a variável mediadora estratégias cognitivas de regulação emocional aparece como mecanismo de expressão, fazendo com que os acontecimentos de vida se associem com a sintomatologia depressiva (o que foi hipotizado em H8, depois de ter sido efectuada a revisão da literatura), o que no presente estudo foi encontrado relativamente às dimensões *auto-crítica*, *ruminação* e *catastrofização* do CERQ. Se esta capacidade de regular as emoções falha ao longo do desenvolvimento de alguns adolescentes, estes ficam mais vulneráveis aos efeitos do *stress*, principalmente em termos do risco de desenvolvimento de Depressão (Compas et al., 2008), que foi o que se verificou no presente estudo: são as estratégias cognitivas de regulação emocional mal-adaptativas as que se correlacionam significativamente com a sintomatologia depressiva e que aparecem a mediar a relação entre os acontecimentos de vida negativos e a referida sintomatologia. Já em estudos anteriores (e.g., Kraaij et al., 2003), tinha sido já encontrada a associação entre o *stress* e a sintomatologia depressiva para aqueles que utilizam estratégias cognitivas de *auto-crítica* e *ruminação*.

Contudo, todos os estudos anteriormente discutidos possuem algumas limitações que acarretam reservas na interpretação e generalização dos resultados para a população adolescente portuguesa. Primeiro, o tamanho da amostra destaca-se como factor importante a ter em conta na interpretação dos resultados, pois a sua dimensão não é representativa de toda a população adolescente portuguesa. O facto de a amostra deste estudo avaliar apenas sujeitos da população geral (não contemplando, assim, sujeitos da população clínica) também pode ser um entrave, pois não nos permite que exista termo de comparação entre sujeitos que poderão estar em risco de desenvolver a Perturbação com aqueles que já tem a psicopatologia instalada. Acresce ainda o facto de a credibilidade ou fidedignidade de algumas das respostas dadas pelos adolescentes poder também, de certa forma, ser colocada em causa, pois a bateria de questionários era extensa, e algum cansaço pode ter contaminado a leitura atenta das questões, a compreensão das mesmas e, por isso, a veracidade das respostas. Ainda neste seguimento, deve ter-se em conta a possibilidade de alguns adolescentes se apresentarem, por algum motivo, com humor negativo no momento do preenchimento dos questionários, o que também pode ter influenciado as suas respostas. É ainda muito importante que se continuem a aferir questionários para os adolescentes portugueses, neste caso concreto no que diz respeito à regulação emocional e aos acontecimentos de vida, para que se consigam obter resultados melhores e mais adequados à população-alvo.

Como potencialidades deste estudo realça-se, em primeiro lugar, o

facto de este se tratar de um estudo longitudinal. Apesar da clara noção de que existem terceiras variáveis que não foram controladas e que estão certamente a influenciar os resultados (e.g., estado de humor do adolescente no momento da avaliação, variáveis contextuais), este tipo de *design* permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis psicológicas em estudo. Para a própria intervenção clínica, os dados recolhidos através de análises desta natureza podem revelar-se centrais em termos de prevenção da Depressão na adolescência. Este estudo mostra a relevância de acompanhar os jovens, no sentido de se tornar mais facilitadora a tarefa de identificar possíveis experiências de *stress* e de reduzir estes potenciais acontecimentos de vida negativos a que o adolescente se sujeitará, pois assim poder-se-á reduzir, também, a própria incidência da Perturbação Depressiva neste grupo etário. Uma mais-valia, tanto para a investigação como para a prática clínica, prende-se com o facto de esta ser uma amostra recolhida no norte e centro do País, não sendo exclusiva a uma única região geográfica.

Este estudo revela ainda a importância do efeito mediador das estratégias cognitivas de regulação emocional entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva (com o decorrer de 12 meses), o que poderá ter implicações clínicas importantes e relevantes, fornecendo informações específicas de alguns jovens da população portuguesa durante um período de tempo mais alargado. Este é um aspecto que pode, no futuro, revelar-se um contributo útil na sinalização de jovens em risco de desenvolver sintomatologia depressiva, e que poderiam beneficiar de uma avaliação mais exaustiva para confirmar/infirmar as conclusões retiradas destes dados recolhidos, que considero serem informações essenciais e de primeira linha, no sentido da implementação de programas de prevenção do aparecimento da Perturbação Depressiva *Major* nesta fase do desenvolvimento. Seria ainda importante para a obtenção de resultados mais fidedignos, tentar que em estudos futuros a amostra recolhida seja mais homogénea (e.g., em termos de género, idade e escolaridade), que a amostra fosse constituída por um maior número de adolescentes e que os estudos longitudinais realizados façam um acompanhamento mais alongado dos adolescentes (em tempos superiores a um *follow-up* de 12 meses). Estes aperfeiçoamentos poderiam levar a outro tipo de resultados e com diferente possibilidade de generalização, aumentando a possibilidade de melhor integração de variáveis individuais e contextuais que possam estar a vulnerabilizar os jovens para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Como referido, e embora os dados encontrados neste estudo podem vir a ser úteis no futuro (tanto em termos de investigação como de prática clínica), é importante ter em conta que existem outras variáveis a concorrer e a influenciar a presença de sintomatologia depressiva nos adolescentes, o que faz com que as conclusões encontradas acerca das relações encontradas tenham que ser cautelosas e retiradas com algumas reservas.

VI – Conclusões

A identificação de adolescentes que possam estar a desenvolver sintomatologia depressiva é uma tarefa complicada, mas que tem vindo a ser cada vez mais explorada dentro da comunidade científica. A dificuldade em torno desta identificação prende-se com a sinalização de sintomas encobertos e manifestos, típicos da Perturbação Depressiva nesta faixa etária, e que pode gerar alguma “confusão” com características desenvolvimentais que os jovens atravessam nestas idades. Importa, então, colocar em hipótese a ampla gama de sintomas que podem servir de sinais de alerta e “grito de socorro” dos adolescentes, em relação às suas necessidades e problemáticas.

O objectivo principal deste estudo passava por uma melhor compreensão da Depressão, tentando contribuir para clarificar este fenómeno heterogéneo na adolescência. Assim, este estudo incidiu na contribuição relativamente ao efeito das estratégias cognitivas de regulação emocional e dos acontecimentos de vida negativos no aparecimento da sintomatologia depressiva, e no geral, os resultados obtidos corroboram os estudos anteriores, revelando que a idade de 14 anos é aquela em que se tem verificado maior propensão para o desenvolvimento da Perturbação Depressiva *Major*.

Constatou-se, ainda, que as estratégias cognitivas de regulação emocional desadaptativas (nomeadamente a *auto-crítica*, *ruminação* e *catastrofização*) podem ser conceptualizadas como possíveis factores de risco no desenvolvimento da sintomatologia depressiva, ao invés das dimensões adaptativas que parecem proteger o indivíduo do desenvolvimento da mesma. Verificou-se também que os acontecimentos de vida funcionam como factores de risco, tendo assim impacto na vida do adolescente, e associando-se com a sintomatologia depressiva que o jovem apresenta, algum tempo depois da ocorrência desses eventos negativos. Outro aspecto relevante prende-se com a confirmação da hipótese de que a sintomatologia depressiva pode funcionar como preditor dos acontecimentos indutores de *stress*, pois estes indivíduos acabam por estar mais vulneráveis a acontecimentos negativos.

Como esta é uma área em constante desenvolvimento e investigação, penso que este trabalho contribuiu para que se consiga compreender de forma mais clara o impacto que os acontecimentos negativos têm nos jovens, assim como as estratégias cognitivas que utilizam para lidar com esses eventos que experienciam. Esta informação permite obter uma visão integradora de aspectos individuais e contextuais que poderão levar os jovens a um resultado desadaptativo, o que remete para a necessidade de maior alerta e consciencialização desta problemática no sentido de trabalhar na prevenção destas situações. É importante dar continuidade à investigação nesta área para que se possam implementar programas de prevenção da Depressão, que devem ter em conta as capacidades e necessidades cognitivas e emocionais dos jovens, bem como os seus contextos e ambientes familiares, podendo esta intervenção ser alargada aos pais dos adolescentes.

VII – Bibliografia

- Anderson, M. S. (2012). *Factors of Resiliency and Depression in Adolescents*. USA: College of Liberal Studies.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. R.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnarson, E. O & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, (47), 577-585.
- Bahls., S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 78(5), 359-366.
- Bahls, S. & Bahls, F. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*. 6(1), 49-57.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychology Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6), 1173-1182.
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S C. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Brendgen, M., Wanner, B., Morin, A. J. S., & Vitaro, F. (2005). Relations with Parents and with Peers, Temperament, and Trajectories of Depressed Mood During Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 579-594.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guildford Press.
- Cardoso, P; Rodrigues, C; & Vilar, A. (2004). Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 667-675.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., & Benson, M. A. (2008). Coping and Emotion Regulation: Implications for Understanding Depression During Adolescence. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.
- Eifert, G.H. & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
- Essau, C. A. & Ollendick, T. H. (2008) Diagnosis and Assessment of Adolescent Depression In S. N. Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.) *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.

- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(6), 401-408.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depression symptoms: A comparative of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 401-408.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years-old children. *European Child Adolescent Psychiatry*, 16, 1-19.
- Ge, X.; Conger, R. D.; & Elder, G. H. (2001). Pubertal Transition, Stressful Life Events, and the Emergence of Gender Differences in Adolescent Depressive Symptoms. *Developmental Psychology*, 37(3), 404-417.
- Gladstone, T. R. G. & Beardslee, W. R. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 212-222.
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. & Thompson R. A. (2007). Emotion Regulation Conceptual Foundations In Gross, J. J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Hammen, C. (2009) Stress Exposure and Stress Generation in Adolescent Depression In S. N. Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.) *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.
- Hammen, C., Rudolph, K., Weisz, J., Rao, U., & Burge, D. (1999). The context of depression in clinic-referred youth: Neglected areas in treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 64-71.
- Hammen, C.; Brennan, P. A.; & Keenan-Miller, D. (2008). Patterns of Adolescent Depression to Age 20: The Role of Maternal Depression and Youth Interpersonal Dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1189-1198.
- Hayes, S. C. et al. (2011). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 10.1016/j.beth.2009.08.002.
- Hazel, N. A.; Hammen, C.; Brennan, P. A.; & Najman, J. (2008). Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, 38, 581-589.
- Hilt, L. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence gender differences in depression in adolescence. In S. Nolen-Hoeksema, & L.

- M. Hilt, *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.
- Hofmann, S.G. & Asmundson, G.J.G. (2008). Acceptance and Mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Hutz, C. S. (2002). *Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e Adolescência: Aspectos Teóricos e Estratégias de Intervenção*. Brasil: Casa do Psicólogo.
- Hyde, J. S.; Mezulis, S. H.; & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of Depression: Integrating Affective, Biological, and Cognitive Models to Explain the Emergence of the Gender Difference in Depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313.
- Kercher, A. J.; Rapee, R. M.; & Schniering, C. A. (2009). Neuroticism, Life Events and Negative Thoughts in the Development of Depression in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 903-915.
- Kessler, R. C. (1997). The Effects of Stressful Life Events on Depression. *Annual Reviews Psychology*, 48, 191-214.
- Kraaij, V.; Garnefski, N.; Wilde, E.; Dijkstra, A.; Gebhardt, W.; Maes, S.; Doest, L. (2003). Negative Life Events and Depressive Symptoms in Late Adolescence: Bonding and Cognitive as Vulnerability Factors?. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3). 185-193.
- Kenny, D. A.; Kashy, D.; & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. Gilbert, S. Fiske & G. Lindzey (Eds.). *Handbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. (3ªEd.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marujo, H. A. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência. Dissertação de doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Marujo, H. A. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e Depressão. In I. Soares (Coord.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto.
- Merikangas, K. R., & Knight, E. (2008). The epidemiology of depression in adolescents. In S. Nolen-Hoeksema, & Hilt, L. M., *Handbook of Depression in Adolescents*. New York Press: Routledge.
- Monroe, S. (1999). Life Events and Depression in Adolescence: Relationship Loss as a Prospective Risk Factor for First Onset of Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 108(4), 606-614.
- Mufson, L.; Dorta, K. P.; Moreau, D.; & Weissman, M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77, 1061-1072.
- Paiva, A. M. A. (2009). *O Temperamento e os Acontecimentos de Vida como*

- fatores de risco da Depressão na Adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Instituição Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Patton, G. C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J. B., & Bowes, G. (2003). Life events and early onset depression: cause or consequence?. *Psychological Medicine*. 33, 1203-1210.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (5Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Reeve, J. (2009). *Understanding Motivation and Emotion*. (5th Ed.). New York: John Wiley.
- Serra, A. R. G. (2009). *Regulação Emocional e Estilos Parentais: Factores de risco (ou de protecção) no desenvolvimento da Perturbação Depressiva Major nos Adolescentes*. Dissertação de Mestrado apresentada à Instituição Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Analysis*. (4th Ed.). New York: HarperCollins.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recente findings. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*. 36, 173-182.
- Tugade, M. & Fredrickson, B. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personal and Social Psychology*. 86(2), 320-333.
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework In Kring, A. M & Sloan, D. M. (Eds.) *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: The Guilford Press.

VIII – Anexos

Anexo I

Estudo I – Relações entre as variáveis em estudo e as variáveis sócio-demográficas

Este anexo é constituído pelas seguintes tabelas:

Tabela A: Médias, desvios-padrão e respectivos testes t-Student da relação entre o sexo e as variáveis em estudo

Tabela B: Médias, desvios-padrão e respectiva ANOVA univariada da relação entre a idade e as variáveis em estudo

Tabela C: Médias, desvios-padrão e respectiva ANOVA univariada da relação entre a escolaridade e as variáveis em estudo

Anexo II

1. Bateria de testes de auto-resposta que compõem os protocolos

Questionário 1.1. Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985, 1992)

Questionário 1.2. Daily Hassles Microsystem Scale (DHMS; Seidman et al., 1995)

Questionário 1.3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001)

2. Descrição pormenorizada do significado das sub-escalas do CERQ

Anexo I

Tabela A: Médias, desvios-padrão e respectivos testes t-Student da relação entre o sexo e as variáveis em estudo

	Masculino (N=35)		Feminino (N=82)		t	p
	M	DP	M	DP		
CDI humor negativo_T1	.150	.211	.213	.257	-1.281	.203
CDI problemas interpessoais_T1	.171	.199	.143	.196	.706	.481
CDI ineficácia_T1	.742	.381	.588	.383	1.998	.048
CDI anedonia_T1	.366	.205	.380	.191	-.340	.735
CDI auto-estima negativa_T1	.278	.276	.375	.373	-1.375	.172
CDI escala total_T1	9.628	4.602	9.780	5.351	-.146	.884
CDI humor negativo_T2	.164	.249	.277	.319	1.866	.065
CDI problemas interpessoais_T2	.150	.251	.143	.218	.145	.885
CDI ineficácia_T2	.564	.434	.600	.382	-.451	.653
CDI anedonia_T2	.319	.199	.406	.244	-1.867	.065
CDI auto-estima negativa_T2	.207	.334	.338	.338	-1.926	.057
CDI escala total_T2	8.06	5.335	9.95	5.975	-1.619	.108
DHMS problemas escola_T1	1.419	.952	1.405	.797	.079	.937
DHMS problemas família_T1	.735	.788	.719	.774	.099	.921
DHMS problemas vizinhos_T1	.341	.517	.302	.441	.408	.684
DHMS problemas pares_T1	.411	.567	.734	1.010	-2.182	.031
DHMS problemas recursos_T1	.252	.366	.361	.554	-1.126	.223
DHMS escala total_T1	21.83	17.313	23.44	18.896	-.432	.666
DHMS problemas escola_T2	1.300	.975	1.402	.832	-.579	.564
DHMS problemas família_T2	.692	.747	.640	.703	.363	.717
DHMS problemas vizinhos_T2	.188	.325	.312	.454	-1.456	.148
DHMS problemas pares_T2	.592	.870	.981	.940	-2.093	.039
DHMS problemas recursos_T2	.337	.512	.558	.700	-1.685	.095
DHMS escala total_T2	20.34	19.280	26.11	17.330	-1.593	.114
CERQ auto-crítica_T1	10.742	3.728	10.268	3.296	.685	.495

CERQ aceitação_T1	11.228	3.804	12.536	3.285	-1.879	.063
CERQ ruminação_T1	10.885	3.332	12.646	3.546	-2.503	.014
CERQreorganização positiva_T1	12.485	4.474	12.707	4.029	-.263	.793
CERQ replaneamento_T1	13.085	3.995	13.951	3.470	-1.180	.241
CERQ reavaliação positiva_T1	13.571	4.279	12.902	3.863	.830	.408
CERQ reperspectivar_T1	11.857	3.687	11.756	3.320	.146	.884
CERQ catastrofização_T1	10.114	3.878	9.695	3.831	.540	.590
CERQ culpa no outro_T1	8.342	3.497	8.073	3.498	.382	.703
CERQ auto-crítica_T2	9.914	3.023	10.378	3.529	-.678	.499
CERQ aceitação_T2	11.914	3.128	12.280	2.945	-.604	.547
CERQ ruminação_T2	11.542	3.146	12.975	3.603	-2.042	.043
CERQreorganização positiva_T2	13.285	3.593	13.768	3.389	-.069	.490
CERQ replaneamento_T2	13.200	3.740	14.658	3.104	-2.186	.031
CERQ reavaliação positiva_T2	13.914	3.632	14.219	3.545	-.423	.673
CERQ reperspectivar_T2	12.828	3.024	12.512	3.297	.487	.627
CERQ catastrofização_T2	10.742	3.987	9.987	3.536	1.017	.311
CERQ culpa no outro_T2	9.571	3.736	8.158	2.907	1.994	.051

Tabela B: Médias, desvios-padrão e respectiva ANOVA univariada da relação entre as variáveis em estudo, por idades

	13 anos		14 anos		15 anos		F	p
	(N=18)		(N=66)		(N=33)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
CDI humor negativo_T1	.111	.195	.200	.228	.227	.295	1.358	.261
CDI problemas interpessoais_T1	.041	.095	.174	.210	.166	.194	3.483	.034
CDI ineficácia_T1	.555	.303	.655	.384	.636	.437	.464	.630
CDI anedonia_T1	.342	.145	.368	.188	.409	.228	.785	.458
CDI auto-estima negativa_T1	.250	.320	.371	.356	.348	.247	.853	.429
CDI escala total_T1	7.555	.371	10.075	4.925	10.242	5.937	1.972	.144
CDI humor negativo_T2	1.667	.309	.253	.264	.265	.369	.695	.501
CDI problemas interpessoais_T2	.111	.153	.143	.215	.166	.284	.345	.709
CDI ineficácia_T2	.402	.384	.609	.353	.651	.463	2.543	.083
CDI anedonia_T2	.453	.301	.358	.198	.383	.258	1.172	.314
CDI auto-estima negativa_T2	.222	.225	.306	.386	.325	.296	.569	.568
CDI escala total_T2	8.11	5.487	9.29	5.354	10.27	6.884	.818	.444
DHMS problemas escola_T1	1.055	.489	1.522	.931	1.375	.759	2.266	.108
DHMS problemas família_T1	.583	.848	.856	.807	.531	.614	2.296	.105
DHMS problemas vizinhos_T1	.200	.274	.397	.547	.206	.306	2.529	.084
DHMS problemas pares_T1	.402	.582	.772	.989	.500	.872	1.703	.187
DHMS problemas recursos_T1	.100	.157	.390	.462	.331	.441	3.325	.040
DHMS escala total_T1	16.44	8.992	25.95	21.099	20.52	15.119	2.355	.100
DHMS problemas escola_T2	1.013	.666	1.477	.905	1.356	.879	2.028	.136
DHMS problemas família_T2	.375	.356	.799	.799	.522	.616	3.431	.036
DHMS problemas vizinhos_T2	.300	.471	.306	.474	.200	.250	.727	.486
DHMS problemas pares_T2	.666	.840	.947	.969	.810	.914	.713	.492
DHMS problemas recursos_T2	.244	.270	.542	.723	.527	.645	1.540	.219
DHMS escala total_T2	17.39	10.47	26.67	20.06	23.64	16.31	1.939	.149
CERQ auto-crítica_T1	9.888	2.908	10.969	3.396	9.575	3.605	2.112	.126
CERQ aceitação_T1	11.500	4.246	12.530	3.158	11.727	3.668	.948	.391
CERQ ruminação_T1	11.166	3.650	12.378	3.136	12.121	4.277	.816	.445

CERQ reorganização positiva_T1	12.833	4.218	12.772	4.176	12.272	4.162	.180	.835
CERQ replaneamento_T1	14.111	3.708	13.833	3.605	13.181	3.728	.489	.615
CERQ reavaliação positiva_T1	13.555	4.203	13.287	3.830	12.484	4.221	.580	.562
CERQ reperspectivar_T1	11.222	3.523	12.393	3.200	10.878	3.629	2.514	.085
CERQ catastrofização_T1	7.611	3.867	9.954	3.416	10.757	4.235	4.239	.017
CERQ culpa no outro_T1	7.11	3.027	8.393	3.355	8.242	3.945	.972	.381
CERQ auto-crítica_T2	10.833	3.585	10.136	3.281	10.121	3.533	.325	.723
CERQ aceitação_T2	11.888	3.215	12.090	2.886	12.484	3.143	.282	.755
CERQ ruminação_T2	12.944	4.122	12.409	3.364	12.606	3.578	.167	.846
CERQ reorganização positiva_T2	12.333	3.804	13.712	3.400	14.515	3.251	1.693	.189
CERQ replaneamento_T2	13.222	4.399	14.545	3.163	14.121	3.079	1.121	.330
CERQ reavaliação positiva_T2	12.277	4.547	14.348	3.293	14.697	3.245	3.089	.049
CERQ reperspectivar_T2	10.555	2.748	12.939	3.257	13.060	2.988	4.638	.012
CERQ catastrofização_T2	10.944	4.193	10.333	3.613	9.575	3.518	.886	.415
CERQ culpa no outro_T2	8.888	3.141	8.439	3.128	8.697	3.539	.164	.849

Tabela C: Médias, desvios-padrão e respectiva ANOVA univariada da relação entre as variáveis em estudo, por ano de escolaridade

	8ºano escolaridade (N=30)		9ºano de escolaridade (N=79)		10ºano de escolaridade (N=8)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
CDI humor negativo_T1	.133	.204	.208	.254	.281	.281	1.576	.612
CDI problemas interpessoais_T1	.116	.182	.167	.206	.125	.133	.808	.448
CDI ineficácia_T1	.641	.312	.636	.409	.509	.461	.049	.952
CDI anedonia_T1	.355	.189	.375	.191	.458	.248	.879	.418
CDI auto-estima negativa_T1	.300	.337	.357	.359	.406	.296	.420	.658
CDI escala total_T1	8.766	4.606	9.936	5.221	11.375	5.926	1.008	.368
CDI humor negativo_T2	.166	.288	.278	.312	.187	.221	1.641	.198
CDI problemas interpessoais_T2	.125	.170	.158	.253	.093	.129	.446	.641
CDI ineficácia_T2	.425	.360	.658	.398	.531	.364	4.041	.020
CDI anedonia_T2	.400	.275	.373	.223	.375	.194	.140	.870
CDI auto-estima negativa_T2	.216	.215	.335	.387	.250	.133	1.414	.247
CDI escala total_T2	7.87	5.296	10.03	6.093	8.75	4.367	1.554	.216
DHMS problemas escola_T1	1.250	.716	1.480	.858	1.312	1.108	.870	.422
DHMS problemas família_T1	.716	.979	.705	.661	.937	1.006	.324	.724
DHMS problemas vizinhos_T1	.173	.266	.353	.517	.450	.410	2.048	.134
DHMS problemas pares_T1	.433	.649	.637	.911	1.437	1.374	4.025	.020
DHMS problemas recursos_T1	.233	.389	.343	.416	.550	.665	1.847	.162
DHMS escala total_T1	18.17	12.485	24.01	19.271	30.50	25.236	1.850	.162
DHMS problemas escola_T2	1.091	.775	1.506	.895	1.093	.789	2.977	.055
DHMS problemas família_T2	.416	.522	.769	.767	.437	.563	3.158	.046
DHMS problemas vizinhos_T2	.260	.430	.273	.425	.350	.410	.143	.867
DHMS problemas pares_T2	.616	.870	.981	.921	.656	1.172	1.901	.154
DHMS problemas recursos_T2	.253	.344	.597	.733	.350	.498	3.324	.040
DHMS escala total_T2	17.60	15.18	27.22	18.65	21.88	16.496	3.294	.041
CERQ auto-crítica_T1	10.300	3.163	10.278	3.474	12.125	3.796	1.080	.343
CERQ aceitação_T1	11.900	3.790	12.151	3.404	13.000	3.380	.311	.733
CERQ ruminação_T1	11.133	3.370	12.278	3.478	14.250	4.334	2.738	.069

CERQreorganização positiva_T1	12.733	4.084	12.620	4.130	12.500	5.099	.013	.987
CERQ replaneamento_T1	13.866	3.901	13.569	3.643	14.250	2.815	.171	.843
CERQ reavaliação positiva_T1	13.100	3.689	13.113	4.224	13.000	2.828	.003	.997
CERQ reperspectivar_T1	11.833	3.353	11.848	3.475	11.000	3.442	.224	.799
CERQ catastrofização_T1	8.500	3.971	10.240	3.559	10.625	5.180	2.492	.087
CERQ culpa no outro_T1	7.300	2.842	8.44	3.572	8.500	4.629	1.216	.300
CERQ auto-crítica_T2	10.066	3.382	10.101	3.368	12.250	3.240	1.534	.220
CERQ aceitação_T2	11.600	3.046	12.215	2.925	13.875	3.136	1.880	.157
CERQ ruminação_T2	11.966	4.012	12.417	3.144	16.000	3.664	4.570	.012
CERQreorganização positiva_T2	12.433	3.883	14.000	3.137	14.375	3.997	2.519	.085
CERQ replaneamento_T2	12.933	4.033	14.506	2.982	16.250	2.764	4.166	.018
CERQ reavaliação positiva_T2	12.233	4.132	14.708	3.076	15.500	3.505	5.453	.002
CERQ reperspectivar_T2	11.033	3.112	13.038	3.081	14.250	2.964	5.817	.004
CERQ catastrofização_T2	10.300	3.957	10.164	3.715	10.375	2.263	.023	.978
CERQ culpa no outro_T2	8.733	3.050	8.721	3.198	6.625	3.925	1.593	.208

Anexo II

1. Bateria de testes de auto-resposta que compõem os protocolos

Questionário 1.1. *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985, 1992)



Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

CDI

(M. Kovacs P. D. D., 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994)

As crianças e os adolescentes pensam e sentem de maneira diferente uns dos outros. Este inventário apresenta vários grupos de sentimentos e ideias. Escolhe em cada grupo *apenas uma frase* que mostre melhor aquilo que tens pensado e sentido nas *duas últimas semanas*. Só depois de teres escolhido uma frase de um grupo é que avanças para o grupo seguinte. Não há respostas certas ou erradas. Escolhe apenas a frase que melhor descreve a tua forma de sentir e de pensar nos últimos tempos. Faz uma X no quadrado que corresponde à frase que escolheste. Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher este inventário.

Experimenta. Coloca a cruz ao lado da frase que melhor te descreve. Exemplo:

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

Lembra-te que deves escolher as frases que melhor descrevem os teus sentimentos e ideias nas duas últimas semanas.

1. Às vezes sinto-me triste
 - Sinto-me quase sempre triste
 - Sinto-me sempre triste
2. Nunca nada me vai correr bem
 - Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem
 - As coisas vão-me correr bem
3. Faço quase tudo bem
 - Faço muitas coisas mal
 - Faço tudo mal
4. Divirto-me com muitas coisas
 - Divirto-me com algumas coisas
 - Nada é divertido para mim
5. Sou sempre mau/má
 - Sou mau/má muitas vezes
 - Sou mau/má de vez em quando

Questionário 1.2. Daily Hassles Microsystem Scale (DHMS; Seidman et al., 1995)



Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra

DHMS

(Seidman, et al., 1995, trad. e adapt.: Cherpe, S., Matos, A. P., Paiva, A. M., 2009)

Instruções

Por favor, pensa nas situações listadas na tabela seguinte e selecciona com um círculo **Sim** ou **Não** se elas te **aconteceram no último mês**. Depois pensa se a situação: (1) Não foi um problema (não me incomodou nada), (2) foi um problema pequeno (incomodou-me um pouco), (3) foi um problema moderado (incomodou-me) ou se (4) foi um problema muito grande (incomodou-me muito) e selecciona o número que se aplica mais a ti. Não há respostas certas ou erradas. Assinala a primeira resposta que te vier à ideia. Por favor, responde com sinceridade. As tuas respostas são confidenciais.

NOTA: Por favor, assegura-te que respondes a todas as questões que estão na frente e verso de cada folha.

<u>As situações seguintes aconteceram-te no último mês?</u>			<u>Gravidade</u>			
	Sim	Não	Não foi um problema	Foi um problema pequeno	Foi um problema moderado	Foi um problema muito grande
1. Tentar ter boas notas.	Sim	Não	1	2	3	4
2. Os meus pais metem-se muito no que faço.	Sim	Não	1	2	3	4
3. Ser abordado por alguém que te quer vender droga.	Sim	Não	1	2	3	4
4. Dificuldades com amigos.	Sim	Não	1	2	3	4
5. Pais que consomem drogas ou álcool.	Sim	Não	1	2	3	4

Questionário 1.3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ;
Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001)



Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra

CERQ

(Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., 2001; tradução e adaptação:
Cherpe, S., Matos, A. P., & Serra, A. R., 2009)

Instruções

Como é que lidas com os acontecimentos?

Todas as pessoas são confrontadas com acontecimentos negativos ou desagradáveis, de vez em quando, e respondem a estes à sua própria maneira. Através das seguintes questões é-te pedido para indicares **o que é que geralmente pensas quando te acontecem acontecimentos negativos ou desagradáveis**. Por favor, lê as questões abaixo e indica com que frequência tens os seguintes pensamentos assinalando, com um círculo, um número de 1 a 5, de acordo com a resposta que melhor se aplica a ti. Não existem respostas certas ou erradas.

NOTA: Por favor, assegura-te que respondes a todas as questões que estão na frente e verso de cada folha.

	(quase) nunca	às vezes	regular mente	muitas vezes	(quase) sempre
1. Sinto que sou o culpado por isto.	1	2	3	4	5
2. Penso que tenho de aceitar que isto aconteceu.	1	2	3	4	5
3. Penso muitas vezes no que sinto acerca do que me aconteceu.	1	2	3	4	5
4. Penso em coisas mais agradáveis do que aquela que me aconteceu.	1	2	3	4	5
5. Penso no que posso fazer de melhor.	1	2	3	4	5

2. Descrição pormenorizada do significado das sub-escalas do CERQ

O CERQ (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*) foi construído por Garnefski, Kraaij e Spinhoven, em 2001, tendo em conta bases teóricas e empíricas, e mede 9 diferentes estratégias de *coping* cognitivas. São elas:

a) **auto-crítica**, referente a pensamentos que culpam o *self*, tornando-o responsável pelo que o sujeito experienciou e preocupando-se com os erros que poderá ter cometido.

b) **aceitação**, referente a pensamentos de resignação e aceitação do que aconteceu, o sujeito considera que nada pode fazer para mudar, pelo que a vida continua.

c) **ruminação**, referente a pensamentos recorrentes acerca do que pensou e sentiu aquando do acontecimento negativo;

d) **reavaliação positiva**, referente a pensamentos acerca de outras matérias mais agradáveis que não o acontecimento negativo;

e) **replaneamento**, referente a pensamentos acerca dos passos que o sujeito deve dar para lidar com o acontecimento negativo;

f) **reorganização positiva**, referente a pensamentos acerca do significado positivo que o acontecimento possa ter para o crescimento pessoal, pensando que o acontecimento pode torná-lo mais forte olhando para o lado positivo do mesmo;

g) **catastrofização**, referente a pensamentos acerca do quão terrível foi o acontecimento, considerando-o a pior coisa que pode acontecer na vida de uma pessoa, muito pior do que tudo o que já havia vivenciado;

h) **culpa no outro**, referente a pensamentos que colocam a culpa do acontecimento no outro, pensando nos erros que o outro cometeu para tal acontecer.