



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE 2015

**Os maus-tratos e a sintomatologia depressiva
nos adolescentes: o efeito moderador do
funcionamento psicossocial.**

Ana Sofia de Oliveira Gomes
(e-mail: gomes.ana@live.com.pt)

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

A atual Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde – subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde – está inserida no âmbito do projeto "Prevenção da depressão em adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais (Ref. PTDC/MHC-PCL/4824/2012)", cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Eixo I do Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do Quadro de Referência Estratégica Nacional (QREN), do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.



*“A infância colorida que preenche o nosso imaginário,
não chega a ser fantasia para as muitas crianças e adolescentes,
que vivem no lado da vida pintado a tons de cinzento e preto.
Nesta infância não há colo, não há sonhos, não se brinca...
não se tem opinião, nem voz, nem desejos ou necessidades.
Aqui há ralhos, corpos usados, humilhações, terror, abandono...
muitas vezes sem que a vítima saiba mesmo o que é.
Nesta infância não há sujeitos, há crianças-objecto das frustrações,
das exigências, dos sonhos dos adultos.”*

(Alberto, 2006)

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Matos pela orientação e apoio, por toda a disponibilidade e incentivo ao longo deste caminho e por todos os ensinamentos.

À Professora Doutora Lisete Mónico e ao Professor Doutor Bruno de Sousa por desmistificarem o monstro da estatística. Ao Professor Doutor José Joaquim e à Professora Doutora M^a do Rosário pela disponibilidade demonstrada. À Cristiana, à Sara e à Sílvia, por serem umas queridas, por terem sempre uma palavra de apoio e descomplicarem o descomplicado. Às colegas de tese pela partilha de angústias e pelas ajudas.

Ao Professor Doutor José Pinto Gouveia que faz qualquer um se apaixonar pela magia da Psicologia. À Professora Doutora Cláudia Ferreira, à Professora Doutora M^a do Céu Salvador e à Professora Doutora Paula Castilho, por toda a partilha de conhecimentos e pelo exemplo de grande profissionalismo.

Aos meus pais, os meus super-heróis, por me deixarem percorrer sempre os meus sonhos e respeitarem as minhas escolhas. Por serem os primeiros a acreditar em mim e estarem sempre do meu lado de mão estendida. Obrigada por me ensinarem o que é o amor incondicional, o que é lutar quando estamos no meio de tempestades e por me transmitirem um espírito de justiça e humildade.

Ao meu irmão, que mesmo com uma infância complicada com uma querida irmã mais nova ciumenta e casmurra, me socorria sempre que me via em *apuros* sem nunca me pedir nada em troca, tal como os dias de hoje.

À minha avó, pela constante preocupação, por me teres acompanhando sempre, por me dares sempre tanto de ti, e por seres uma inspiração.

Aos restantes familiares, pela preocupação e pelas palavras de apoio. E aos que já partiram, com um lugar *quentinho* no meu coração, que mesmo distantes fisicamente me continuam a transmitir muita força.

À Andreia, a quem devo um agradecimento especial pela presença constante, pela amizade verdadeira e cumplicidade. Por estar sempre de braço dado comigo em todos os momentos e por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava. Por me levantar a cabeça sempre que a via baixar um pouquinho que fosse e por cuidar de mim. Por me fazer sentir que estar fora de casa era também estar em casa.

À Patrícia pelo apoio incondicional, pela amizade e companheirismo. Por me ouvir, aconselhar, acalmar e me ajudar sempre a levantar. Por partilhar os momentos mais gratificantes e os mais difíceis. Por propor a sua ajuda quando eu estava perto de um ataque de pânico, mesmo que tivesse igualmente mil coisas para fazer.

Aos restantes amigos de Coimbra, que me proporcionaram magníficas experiências e me permitiram crescer junto deles, profissionalmente e como pessoa. Por me terem demonstrado o que é o *espírito académico* e por terem sempre uma palavra de incentivo.

Aos amigos da terrinha, à Marta, à Ribas, à Mariana, à Tânia, à Mónica e ao Fabiano, por aturarem as minhas agitações e me terem recebido sempre de braços abertos apesar da minha ausência. Obrigada por terem estado presentes e por me fazerem desligar um pouquinho de todas as preocupações.

Por fim, e não menos importante, a todas as escolas, professores e adolescentes que permitiram que tudo fosse possível!

A todos os que estiveram presentes e que contribuíram para a conclusão desta etapa, agradeço do fundo do coração!

E a ti Coimbra, obrigada por me teres proporcionado tanto ao longo destes anos! Hoje olho para trás e só posso ficar feliz por todas as amizades e conhecimentos que me proporcionaste.

Índice

Artigo: Os maus-tratos e a sintomatologia depressiva nos adolescentes: o efeito moderador do funcionamento psicossocial.....7

Artigo

Gomes. A. & Matos, A. (2015). Os maus-tratos e a sintomatologia depressiva nos adolescentes: o efeito moderador do funcionamento psicossocial.

Os maus-tratos e a sintomatologia depressiva nos adolescentes: o efeito moderador do funcionamento psicossocial

Resumo: A depressão é um grave problema de saúde entre os adolescentes que pode estar associada a um funcionamento psicossocial pobre e ser uma das consequências de vivências de maus-tratos. O presente estudo pretende explorar o efeito preditor da ocorrência dos maus-tratos e de um funcionamento psicossocial pobre na sintomatologia depressiva, e o efeito moderador do funcionamento psicossocial na relação entre experiências de maus-tratos e a sintomatologia depressiva, que é pouco explorado na literatura.

A amostra é constituída por 432 adolescentes (entre os 13-17 anos, maioritariamente do género feminino) integrados num estudo português sobre a prevenção da depressão em adolescentes (PTDC/MHC-PCL/4824/2012). Foram utilizados dois questionários de autorresposta: o *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; versão portuguesa: Matos & Pereira, 2012) para avaliar a experiência de maus-tratos, e o *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994) para medir o nível de sintomatologia depressiva. Para avaliar o funcionamento psicossocial dos adolescentes foi aplicada a *Adolescent Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation* (A-LIFE, Keller et al., 1993; versão portuguesa: Matos & Costa, 2011).

Os resultados demonstraram que a vivência de maus-tratos emocionais e um funcionamento psicossocial pobre são preditores de sintomas depressivos. O funcionamento psicossocial tem um efeito moderador na relação entre as experiências de abuso emocional e a sintomatologia depressiva. Adolescentes com pontuações altas no abuso emocional e com um funcionamento psicossocial pobre obtêm níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Estes resultados enfatizam a importância do desenvolvimento de estratégias de

intervenção na ocorrência de abuso emocional, particularmente para melhorar o funcionamento psicossocial do adolescente, a fim de se prevenir ou reduzir os sintomas depressivos.

Palavras-chave: Funcionamento Psicossocial; Maus-tratos; Sintomatologia depressiva; Adolescentes.

Abstract: Depression is a serious health problem among adolescents which may be associated with poor psychosocial functioning and may be a consequence of maltreatment experiences. The aims of this study are to explore the predictive effect of the occurrence of maltreatment and poor psychosocial functioning in depressive symptoms and the moderating effect of psychosocial functioning in the relation between maltreatment experience and depressive symptomatology, that is underexplored in the literature..

The sample consists of 432 adolescents (between 13-17 years, mostly female) who participated in a Portuguese study about prevention of adolescent depression (PTDC/MHC-PCL/4824/2012). Two self-report questionnaires were used: the *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; Portuguese version: Matos & Pereira, 2012) to evaluate the maltreatment experience, and the *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; Portuguese version: Marujo, 1994) to measure the level of depressive symptomatology. To assess the psychosocial functioning of adolescents was applied the *Adolescent Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation* (A-LIFE, Keller et al., 1993; Portuguese version: Matos & Costa, 2011).

Results showed that the experience of emotional maltreatment and poor psychosocial functioning are predictors of depressive symptoms. The psychosocial functioning has a moderating effect on the relationship between emotional abuse experience and depressive symptoms. Adolescents with high scores of emotional abuse and a poor psychosocial functioning get higher levels of depressive symptoms.

These findings emphasize the importance of developing intervention strategies in the occurrence of emotional abuse, aimed particularly to improve the adolescent psychosocial functioning, in order to prevent or reduce the symptoms of depression.

Key Words: Psychosocial Functioning; Maltreatment; Depressive Symptomatology; Adolescents.

1. Introdução

A adolescência é uma fase do desenvolvimento que envolve mudanças hormonais, físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Alloy, Zhu, & Abramson, 2003; Rao & Chen, 2009), e um aumento de responsabilidades, o que pode levar a dificuldades emocionais ou comportamentais (Alloy et al., 2003). Entre as dificuldades emocionais, podem surgir perturbações de humor, que são uma das maiores causas de morbidade e mortalidade (World Health Organization, 2008).

A depressão é um grave problema de saúde mental prevalente, recorrente e incapacitante entre os adolescentes (Costello et al., 2002; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998), que se caracteriza essencialmente por um humor deprimido ou irritável, no caso de crianças/adolescentes, e/ou diminuição do interesse ou prazer nas suas atividades (American Psychiatric Association, 2013). O primeiro episódio de Perturbação Depressiva Major (PDM) marca o início de recorrências, mesmo após a sua remissão ou recuperação, o que poderá conduzir a várias dificuldades ao longo da vida devido ao seu caráter debilitante e crónico (Arnarson & Craighead, 2009; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999; Mueller et al., 1999), principalmente quando o início é precoce (Costello et al., 2002).

É no final da adolescência, entre os 15 e 18 anos, que se encontram as maiores taxas das perturbações de humor e onde existe o maior risco de surgir o primeiro episódio (Hankin et al., 1998). Na adolescência, a taxa de prevalência, ao ano, vai de 4% a 7% comparativamente a 2% na infância, atendendo-se a diferenças de género e idade (Costello et al., 2002). Entre os 13 e os 15 anos e até à idade adulta, o género feminino passa a ser duas vezes mais propenso a desenvolver depressão que o género masculino (Costello et al., 2002; Nolen-Hoeksema, 2001; Saluja et al., 2004).

Entre os vários fatores de risco que podem desencadear depressão, encontram-se as

experiências de maus-tratos. Na adolescência, período de vida em que deve haver um sentimento de reciprocidade, conexão e igualdade, e um desenvolvimento do *self*, a vivência de maus-tratos pode ser especialmente comprometedor (Wekerle, Miller, Wolfe, & Spindel, 2006). Estas experiências poderão perturbar o desenvolvimento normativo da criança ou do adolescente de um modo imprevisível e desencadear inúmeras consequências físicas, emocionais, sociais, cognitivas e comportamentais (Alberto, 2006; Wolfe, Rawana, & Chiodo, 2006), e até mesmo mudanças neurobiológicas (Wekerle et al., 2006).

Dentro dos possíveis efeitos que a experiência de maus-tratos pode acarretar, estão a instabilidade de humor, uma maior reatividade a eventos externos e uma maior dificuldade em criar e manter laços afetivos (Wekerle et al., 2006). Estas consequências podem causar um impacto em vários domínios do funcionamento do adolescente, como por exemplo, nas relações interpessoais e na escola (Harkness, Lumley, & Truss, 2008; Wise, 2006). Estas experiências não são definidoras mas são preditivas de sintomatologia psicopatológica ao longo da vida, dificultando uma vida produtiva e satisfatória (Wekerle et al., 2006).

Os maus-tratos podem ser divididos em cinco tipos: abuso emocional (agressões verbais, humilhações, depreciações ou ameaças); abuso físico (agressões corporais com risco de resultar numa lesão); abuso sexual (contato ou comportamento sexual com coerção); negligência emocional (falha em providenciar as necessidades básicas emocionais e psicológicas, como por exemplo, amor, pertença, nutrição e suporte) e negligência física (falha em suprir as necessidades físicas básicas, tais como, abrigo, segurança, alimentação e vestuário adequado). Estes atos são direcionados à criança por parte de um adulto ou pessoa mais velha, por exemplo, o seu cuidador (Bernstein et al., 1994; Bernstein et al., 2003). Com exceção do abuso sexual, os cuidadores são os principais abusadores (Wekerle et al., 2006). O abuso físico é por vezes o mais fácil de identificar devido às evidências físicas (Wise, 2006), enquanto a negligência é considerada a mais difícil, porém, é uma condição comum,

pervasiva e crônica (Wekerle et al., 2006).

Os sintomas depressivos têm sido associados à vivência de maus-tratos na infância. Adolescentes com história de maus-tratos reportam entre duas a quatro vezes maior propensão a ficarem deprimidos durante a adolescência e no início da vida adulta do que aqueles que não têm estes antecedentes (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999; Wekerle et al., 2006; Widom, DuMont, & Czaja, 2007). A ocorrência de maus-tratos na infância torna-se, assim, um fator de risco elevado para o desenvolvimento de episódios depressivos recorrentes e persistentes (Kaplan et al., 1998; Kim & Cicchetti, 2006; MacMillan et al., 2001; Nanni, Uher, & Danese, 2012; Widom et al., 2007).

Como o maltrato emocional fornece explicitamente informação negativa à vítima, sendo um ataque direto à sua autoestima, tem sido frequentemente considerado o tipo de maltrato mais importante, o que leva sobretudo ao desenvolvimento de problemas internalizantes (McGee, Wolfe, & Wilson, 1997; Rose & Abramson, 1992), como por exemplo, a depressão (Kim & Cicchetti, 2006). Contudo, segundo Kaufman (1991), é o abuso físico que está associado a níveis mais altos de sintomatologia depressiva. O abuso sexual é também um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Buzi, Weinman, & Smith, 2007), no entanto, existem resultados controversos em relação ao mesmo (e.g., Widom et al., 2007, não encontraram uma associação significativa entre as duas variáveis).

Uma vez que os efeitos da vivência de maus-tratos no desenvolvimento dos sujeitos estão bem documentados, é importante investigar os mediadores e os moderadores psicológicos e biológicos presentes na relação entre a ocorrência de maus-tratos e a depressão, de modo a que se entenda melhor os mecanismos pelos quais estas experiências levam a diferentes trajetórias, e as variáveis que podem influenciar esta relação (Cicchetti & Toth, 2005). Assim, será pertinente analisar o efeito moderador do funcionamento psicossocial (FP) na sintomatologia depressiva. O FP é um termo que se assemelha ao

conceito de competência, e refere-se ao facto de um indivíduo alcançar com sucesso as tarefas de desenvolvimento esperadas, tendo em conta a sua idade e contexto cultural (Masten & Coatsworth, 1995).

Kaufman et al. (2004), numa amostra de 101 crianças dos 5 aos 15 anos de idade (57 com história de maus-tratos e as restantes como grupo de controlo), verificaram que mesmo na presença de um genótipo que pode conferir vulnerabilidade para a depressão em crianças maltratadas, a qualidade e a disponibilidade de suporte social foram fatores ambientais preditores de resiliência. Segundo Toth e Cicchetti (1996), com base numa amostra de 92 crianças dos 8 aos 12 anos de idade (52 com vivências de maus-tratos e as restantes como grupo de controlo), crianças maltratadas com padrões negativos de relacionamento com a mãe apresentavam um maior nível de sintomatologia depressiva do que crianças maltratadas com um relacionamento positivo com a mãe.

Apesar de os fatores genéticos e biológicos poderem estar implicados na depressão dos adolescentes, Lewinsohn et al. (1998) num estudo longitudinal de aproximadamente um ano, integrado no *Oregon Adolescent Depression Project (OADP)*, com uma amostra de 1.709 adolescentes comunitários dos 14 aos 18 anos de idade, demonstraram que os fatores psicossociais contribuem igualmente de forma significativa para a etiologia da depressão em adolescentes. Neste estudo, 19.4% dos participantes com invalidação no FP e 7.3% sem invalidação desenvolveram PDM. No estudo de Goldstein et al. (2009) com 446 sujeitos dos 7 aos 17 anos com Perturbação Bipolar, um aumento de invalidação psicossocial relacionou-se com um aumento na gravidade de sintomas depressivos. Um FP pobre pode então ser considerado como um fator de risco para o início da depressão, assim como para a sua manutenção (Goldstein et al., 2009; Lewinsohn et al., 1998). Pelo contrário, uma diminuição dos sintomas depressivos correlaciona-se com uma melhoria crescente no FP (Vitiello et al., 2011).

Os estudos demonstram que a presença de sintomatologia depressiva prediz uma maior invalidação psicossocial, por exemplo na área escolar/trabalho, na área social e familiar, no investimento em atividades recreativas, numa baixa satisfação com a vida e numa perceção mais negativa da sua saúde atual (e.g. Coryell et al., 1993; Costa, 2011; Field, Diego, & Sanders, 2001; Goldstein et al., 2009; Hirschfeld et al., 2002; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003; Weissman et al., 1999; Wells et al., 1989).

Mesmo crianças em risco de depressão, e não só crianças com sintomatologia depressiva grave, evidenciam invalidação no FP, apesar de não ser tão marcada, segundo o estudo de McCabe, Ricciardelli e Banfield (2011) realizado com uma amostra de 510 crianças dos 7 aos 13 anos. Melvin et al. (2013), num estudo de 3 a 9 anos de *follow-up* com 140 adolescentes (com uma média de idades de 15 anos) com Perturbação Depressiva (Major, Distímica ou Sem Outra Especificação), encontraram que os adolescentes que sofrem de depressão estão em alto risco de invalidação psicossocial. Puig-Antich et al., (1993), com uma amostra de 62 adolescentes com PDM e 38 de controlo sem história psiquiátrica, obtiveram que adolescentes com episódio de PDM (idade média de 15 anos), para além de apresentarem disfuncionalidade psicossocial em múltiplos domínios (e.g. desempenho escolar e relações interpessoais), quando mostravam um disfuncionamento na relação com os pais, esta associação aumentava de forma significativa o risco de disfuncionamento na relação com os pares e no desempenho escolar.

Estudos com a LIFE (*Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) têm permitido corroborar estes resultados. Judd et al. (2000) e Judd et al. (2008), com amostras compostas por adultos com PDM, verificaram que a depressão se associou com uma invalidação psicossocial pobre ou muito pobre.

Quanto à relação que se estabelece entre FP e variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade e género, duas investigações portuguesas realizadas com a A-LIFE

(*Adolescent Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation*), utilizando amostras clínicas, embora de reduzida dimensão, não encontraram relações significativas entre o FP total e idade (Costa, 2011; Martins, 2014). Também não foram encontradas diferenças quanto ao género (Costa, 2011; Goldstein et al., 2009; Martins, 2014).

Tendo em conta a revisão literária realizada, a presente investigação tem como objetivos analisar: 1) a relação entre a ocorrência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva; 2) a relação entre o funcionamento psicossocial e a sintomatologia depressiva; 3) o efeito moderador do funcionamento psicossocial na relação entre a experiência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes portugueses.

2. Métodos

2.1. Participantes

A amostra é composta por 432 adolescentes da população geral, que frequentam desde o 8º ao 12º ano ($M = 9.34$, $DP = .58$). Da amostra total, 283 são do sexo feminino (65.5%) e 149 do sexo masculino (34.5%), com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos ($M = 14.59$, $DP = .80$). A maioria dos participantes pertence à região centro do país (93.8%) e os restantes à região norte. Todos os sujeitos pertencem a um projeto de investigação mais alargado, no qual o presente estudo se integra, denominado por “Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais” (PTDC /MHC -PC L/4824/2012).

2.2. Procedimento

Primeiramente, o projeto de investigação foi autorizado pelas entidades que regulamentam a investigação em Portugal. Nas escolas que aprovaram a investigação, os alunos foram elucidados acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, do cariz voluntário

das suas participações e da confidencialidade dos dados, que se destinavam exclusivamente a investigação. Os adolescentes que se mostraram dispostos a participar preencheram o consentimento informado, assim como o seu respetivo encarregado de educação.

A aplicação dos instrumentos de autorresposta foi realizada em contexto de sala de aula na presença de investigadoras. A entrevista foi administrada individualmente, num espaço adequado, calmo e confortável.

2.3 Instrumentos

- *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994). O CDI é um instrumento de autorresposta que avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes, desde os 7 aos 17 anos de idade. É composto por 27 itens, classificados de 0 a 2, em que valores mais elevados significam uma sintomatologia mais severa. Os itens apresentam três possibilidades de resposta e o indivíduo deve assinalar a que melhor descreve a forma como se sentiu nas últimas duas semanas. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação de cada item, variando de 0 a 54 pontos (Dias & Gonçalves, 1999; Kovacs, 1985). Na versão original da escala, Kovacs (1985) demonstrou boas qualidades psicométricas do instrumento em termos de consistência interna, com alfas de *Cronbach* (α) entre .83 a .94, e de fiabilidade teste-reteste. Na versão portuguesa, Marujo (1994) e posteriormente Dias e Gonçalves (1999), encontraram uma estrutura unifatorial com um alfa de *Cronbach* de .80. Na presente investigação foi obtido um alfa de .90 na pontuação total do CDI, revelador de boa consistência interna.

- *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; versão portuguesa: Matos & Pereira, 2012). O CTQ-SF é um instrumento breve de autorresposta, destinado a adolescentes (a partir dos 12 anos) e a adultos pertencentes a populações clínicas ou não clínicas. Através de 25 itens avalia cinco tipos de experiências

traumáticas de maus-tratos na infância (com 5 itens cada): abuso emocional; abuso físico; abuso sexual; negligência emocional e negligência física. Existem ainda 3 itens adicionais que pretendem avaliar a tendência de negação ou minimização de experiências de maus-tratos. A pontuação para cada subescala (de 5 a 25 pontos) é obtida pela soma dos itens correspondentes, através de uma escala de *Likert* de 1 a 5, com opções desde 1-“*Nunca verdadeiro*” a 5-“*Muito frequentemente verdadeiro*”, que refletem a frequência dos maus-tratos (Bernstein et al., 1994; Bernstein et al., 2003; Dias et al., 2013). Na versão breve original, o CTQ-SF obteve bons resultados na validade convergente e divergente, na estabilidade temporal e na consistência interna ($\alpha = .61$ a $.95$) (Bernstein et al. (2003). Num estudo com população portuguesa de Dias et al. (2013), as características de validade encontradas foram aceitáveis, com uma consistência interna desde $.79$ a $.71$ (à exceção da subescala de negligência física que obteve um $\alpha = .47$). No presente estudo, o alfa de *Cronbach* demonstrou boa consistência interna para o abuso emocional ($\alpha = .82$), abuso sexual ($\alpha = .89$) e negligência emocional ($\alpha = .86$). O abuso físico ($\alpha = .76$) apresentou uma consistência interna razoável, enquanto que a negligência física foi excluída das nossas análises devido à sua consistência interna inadmissível ($\alpha = .49$).

- *Adolescent Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation* (A-LIFE; Keller et al., 1993; versão portuguesa: Matos & Costa, 2011). A A-LIFE, uma entrevista semiestruturada para adolescentes, foi desenvolvida através de uma entrevista clínica para adultos, a LIFE (*Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*, Keller et al., 1987). Não tem como principal objetivo o diagnóstico, mas a avaliação da sintomatologia psicopatológica e a sua gravidade num período de seguimento que é habitualmente de 6 meses. Na presente investigação, através da secção do FP, foram avaliadas quatro áreas do funcionamento: 1) desempenho escolar; 2) relações interpessoais com a família (pais, irmãos, padrasto/madrasta, namorado(a) e outros familiares significativos); 3) relações interpessoais com os amigos; 4)

atividades recreativas. São classificadas consoante o grau de ajustamento social usual do sujeito através de uma escala de 1 a 5 pontos, em que 1-“*muito bom*” e 5-“*muito pobre, invalidação grave*”. Esta pontuação é atribuída a cada mês dos 6 meses anteriores à entrevista (Costa, 2011; Keller et al., 1987). Neste estudo, a pontuação total de cada dimensão foi determinada pela média do funcionamento durante o período de avaliação. O valor do FP total foi calculado através da soma das pontuações de cada dimensão, dividido pelo número de dimensões. Segundo o estudo de Keller et al. (1987) foram encontrados coeficientes de correlação entre os itens do FP de .52 a .98 e uma fiabilidade interavaliador muito elevada na maioria das medidas do FP e de psicopatologia na LIFE.

2.4. *Estratégia Analítica*

A análise dos dados foi realizada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 22.0 para o *Windows*).

Para se explorar as diferenças entre géneros nas variáveis em estudo, foram aplicados testes *t* de *Student* para amostras independentes. Para se examinar as associações entre as variáveis maus-tratos, FP (total) e sintomatologia depressiva, foram efetuadas análises de correlação de *Pearson*, interpretadas pela convenção de Pestana e Gageiro (2008), em que: *r* menor que .20 – correlação muito baixa; entre .20 e .39 – correlação baixa; entre .40 e .69 – correlação moderada; entre .70 e .89 – correlação alta e entre .90 e 1 - correlação muito alta.

Para se averiguar o efeito preditor dos tipos de maus-tratos e do FP (total) na sintomatologia depressiva na adolescência, analisaram-se os coeficientes de regressão obtidos através dos modelos de regressão linear múltipla, sendo primeiramente verificados os seus pressupostos.

O efeito moderador do FP na relação entre cada tipo de maus-tratos e a sintomatologia depressiva em adolescentes, foi analisado através de regressões múltiplas

hierárquicas. Segundo Baron e Kenny (1986), existe moderação quando a natureza da relação entre uma variável dependente e uma variável independente é afetada na direção ou força, na presença de uma terceira variável moderadora.

Antes de ser realizada a análise da moderação, os valores das variáveis preditoras (fatores do CTQ-SF) e da variável moderadora (FP total) foram estandardizados para que fossem reduzidos possíveis problemas de multicolinearidade e a interpretação dos interceptos do modelo fosse mais simplificada (Marôco, 2010). Deste modo, as variáveis foram adaptadas a um valor médio de 0 e a um desvio padrão de 1. Seguidamente foram criadas variáveis que correspondessem ao termo multiplicativo entre a variável independente (fatores do CTQ-SF) e a variável moderadora (total do FP).

Posteriormente foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas para os fatores do CTQ-SF que foram anteriormente preditores de sintomatologia depressiva (abuso emocional e negligência emocional). Primeiramente, a sintomatologia depressiva foi inserida como variável dependente, em segundo, cada fator do CTQ-SF (estandardizado) foi inserido como preditor, em terceiro, o FP total (estandardizado) foi inserido como variável moderadora, e em quarto, o termo de interação (estandardizado) entre estas duas últimas variáveis foi inserido. Existe um efeito de moderação se a interação for significativa ($p < .05$).

Por último, o efeito moderador estatisticamente significativo encontrado foi representado no SPSS de forma gráfica.

3. Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

Com base no teste *Kolmogorov-Smirnov* é possível observar que as variáveis em estudo não apresentam uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$). Porém, as medidas de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*) não revelam violações severas à

distribuição normal, na medida em que valores de $sk < |3|$ e $ku < |10|$ são considerados aceitáveis (Kline, 2011).

Para se garantir a adequação dos dados para a análise da regressão múltipla hierárquica, foram realizadas análises preliminares, onde não foram encontrados problemas de multicolinearidade entre as variáveis [valores de Tolerância $>.10$ e Valores de Inflação da Variância (VIF) <10], nem problemas de homocedasticidade, linearidade, normalidade dos resíduos, autocorrelação e de independência dos erros (*Durbin-Watson*). Em relação à presença de *outliers*, não se encontraram valores de *Cook's Distance* >1 (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, foi assegurada a adequação dos dados para a realização de análises de regressão.

3.2 Análises descritivas

As médias e desvios-padrão para a amostra são representadas na tabela 1.

Tabela 1.

Alfa de Cronbach (α); Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) para a amostra total (N = 432) e para ambos os gêneros, com testes de t de Student para as diferenças de gênero

Medidas	α	Amostra total (N = 432)		Feminino (n = 265)		Masculino (n=143)		t	p
		M	DP	M	DP	M	DP		
Sintomatologia Depressiva (CDI)	.90	9.84	7.13	11.16	7.62	7.34	5.26	-6.10	.00
Abuso Emocional (CTQ-SF)	.82	6.31	2.65	6.43	2.59	6.09	2.76	-1.28	.20
Abuso Físico (CTQ-SF)	.76	5.31	1.17	5.27	1.04	5.38	1.38	.89	.37
Abuso Sexual (CTQ-SF)	.89	5.23	1.48	5.20	1.10	5.28	2.02	.58	.56
Negligência Emocional (CTQ-SF)	.86	8.29	3.86	8.25	3.90	8.35	3.81	.24	.81
FP Total (A-LIFE)	-	1.68	.47	1.69	.49	1.65	.43	-.81	.42

Nota. α = Alfa de Cronbach; M= Média; DP = Desvio-Padrão; CDI = *Children's Depression Inventory*; CTQ-SF = *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*; FP Total (A-LIFE) = Funcionamento Psicossocial Total (*Adolescent - Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*), onde pontuações mais baixas correspondem a um melhor funcionamento.

3.3. *Diferenças de género na sintomatologia depressiva, nos maus-tratos e no funcionamento psicossocial*

Procedeu-se à aplicação de testes *t* de *Student* para amostras independentes de modo a serem estudadas possíveis diferenças de género (cf. Tabela 1). Os resultados demonstraram que existem diferenças significativas para o total do CDI, $t_{(400)} = -6.10$, $p < .001$. O género feminino apresentou valores mais elevados ($M = 11.16$, $DP = 7.62$) que o género masculino ($M = 7.34$, $DP = 5.26$). Nos fatores do CTQ-SF e do FP (total) não foram encontradas diferenças de género, pelo que, nas análises posteriores não se procedeu ao controlo da variável género.

3.4. *Estudo da associação entre as variáveis*

Com a análise de correlação de *Pearson* foi examinada a relação existente entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 2). Os coeficientes de correlação de *Pearson* revelaram que os fatores de abuso emocional ($r = .38$, $p < .001$) e de negligência emocional ($r = .37$, $p < .001$) correlacionam-se de forma significativa com a sintomatologia depressiva (CDI), porém, trata-se de uma correlação baixa. O abuso físico ($r = .20$, $p < .001$) obteve uma correlação significativa muito baixa, e o abuso sexual ($r = .04$, $p > .05$) uma correlação não significativa, sendo excluído das análises posteriores. O FP (total) obteve uma correlação baixa significativa ($r = .28$, $p < .001$) e positiva com a sintomatologia depressiva, isto é, pontuações altas no FP, que correspondem a um FP pobre, levam a maiores níveis de sintomatologia depressiva. Com os fatores do CTQ-SF, o FP (total) obteve correlações significativas muito baixas (Pestana & Gageiro, 2008).

Todas as variáveis correlacionaram-se de forma positiva com a sintomatologia depressiva.

Tabela 2.

Análises das Correlações de Pearson entre o CDI, fatores do CTQ-SF e do FP Total (A-LIFE) (N=432)

Medidas	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Sintomatologia Depressiva (CDI)	-					
2. Abuso Emocional (CTQ-SF)	.38***	-				
3. Abuso Físico (CTQ-SF)	.20***	.46***	-			
4. Abuso Sexual (CTQ-SF)	.04	.37***	.49***	-		
5. Negligência Emocional (CTQ-SF)	.37***	.47***	.19***	.09	-	
6. FP Total (A-LIFE)	.28***	.15***	.12*	.10*	.17***	-

Nota. * $p \leq .05$, *** $p \leq .001$; CDI = *Children's Depression Inventory*; CTQ-SF = *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*; FP Total (A-LIFE) = *Funcionamento Psicossocial Total (Adolescent - Longitudinal Interval Follow-up Evaluation)*.

3.5. Estudo de efeitos preditores

Para se perceber se os fatores do CTQ-SF, que exibiram correlações significativas com o CDI (abuso emocional, abuso físico e negligência emocional) e se o FP (total) são preditores de sintomatologia depressiva, foram realizadas análises de regressão múltipla (*enter method*).

Os resultados demonstraram que os fatores do CTQ-SF produzem um modelo significativo ($R^2 = .191$; $F_{(3, 428)} = 33.682$, $p < .001$), que explica 18.5% da variância na sintomatologia depressiva. A negligência emocional aparece como o melhor preditor de sintomatologia depressiva ($\beta = .245$, $p < .001$), seguindo-se o abuso emocional ($\beta = .246$, $p < .001$). Ambos contribuem de modo significativo e independente para a predição da depressão. O abuso físico não foi preditor de sintomatologia depressiva ($\beta = .037$, $p = .446$). É de salientar que os efeitos encontrados são positivos, indicando que mais vivências de maus-tratos se associam a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

O FP (total) produziu um modelo significativo ($R^2 = .076$; $F_{(1, 430)} = 35.407$, $p < .001$), explicando 7.4% da variância na sintomatologia depressiva, e revelou-se um preditor desta

sintomatologia depressiva ($\beta = .276, p < .001$).

3.6. O efeito moderador do funcionamento psicossocial na relação entre a experiência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva

Tendo em conta os resultados anteriores, explorou-se a possibilidade de o FP (total) moderar a relação entre a experiência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva, nos fatores do CTQ-SF que emergiram como preditores significativos da sintomatologia depressiva (abuso emocional e negligência emocional), através de regressões lineares múltiplas hierárquicas.

Não foi encontrado um efeito de interação significativo para a negligência emocional ($\beta = -.051, p = .244$). No entanto, a interação do abuso emocional com o FP (total) mostrou um efeito significativo ($\beta = -.105, p = .025$). Ambas as variáveis isoladas são igualmente preditores de sintomatologia depressiva (abuso emocional: $\beta = .379, p < .001$, funcionamento psicossocial: $\beta = .223, p < .001$) (cf. Tabela 3).

Tabela 3.

Coeficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre o abuso emocional (CTQ), funcionamento psicossocial (A-LIFE) e respetiva interação (N = 432)

Modelo	Preditores	β	T	p
1	Abuso Emocional	.379	8.493	.000
2	Abuso Emocional	.345	7.845	.000
	FP Total	.223	5.067	.000
3	Abuso Emocional	.380	8.179	.000
	FP Total	.232	5.285	.000
	Abuso Emocional * FP Total	-.105	-2.255	.025

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos nos dois passos anteriores (cf. Tabela 4): 1º Passo: $R^2 = .144, F_{(1,430)} = 72.129, p < .001$; 2º Passo: $R^2 = .192, F_{(2,429)} = 50.972, p < .001$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou

igualmente um modelo estatisticamente significativo e um aumento significativo do R^2 ($R^2 = .201$, $F_{(3,428)} = 36.000$, $p < .001$), ou seja, um aumento da variabilidade explicada em relação à sintomatologia depressiva. O termo de interação explicou 20.1% desta variância. Este coeficiente estatisticamente significativo do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva de acordo com o nível de abuso emocional difere significativamente consoante o FP (total) seja baixo ou alto.

Tabela 4.

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com o abuso emocional como preditor da sintomatologia depressiva e o FP (total) como moderador (N = 432)

Modelo	F	p	R	R²
1	72.129	.000	.379	.144
2	50.972	.000	.438	.192
3	36.000	.000	.449	.201

Com o propósito de se interpretar o efeito de moderação, foi realizado um gráfico demonstrativo dos resultados (cf. Figura 1). Consideraram-se dois níveis para o abuso emocional (abaixo e acima da média) e três níveis para o FP (total) (baixo: até $M-1DP$; médio: entre $M-1DP$ e $M+1DP$; alto: acima de $M+1DP$). Considerando os efeitos principais, é possível observar-se que níveis mais elevados de abuso emocional relacionam-se com maior sintomatologia depressiva, e que menores pontuações obtidas no FP (isto é, um melhor FP) predizem uma menor sintomatologia depressiva. Estas duas variáveis apresentam um declive positivo, ou seja, predizem positivamente a sintomatologia depressiva.

Relativamente à interação, pode dizer-se que quando o abuso emocional é alto, um baixo FP conduz a maior sintomatologia depressiva, comparativamente a níveis médios ou altos de FP. Porém, quando o abuso emocional é baixo, a sintomatologia depressiva tende a

ser semelhante quando o FP é baixo, médio ou alto, o que é visível através da aproximação das linhas do gráfico.

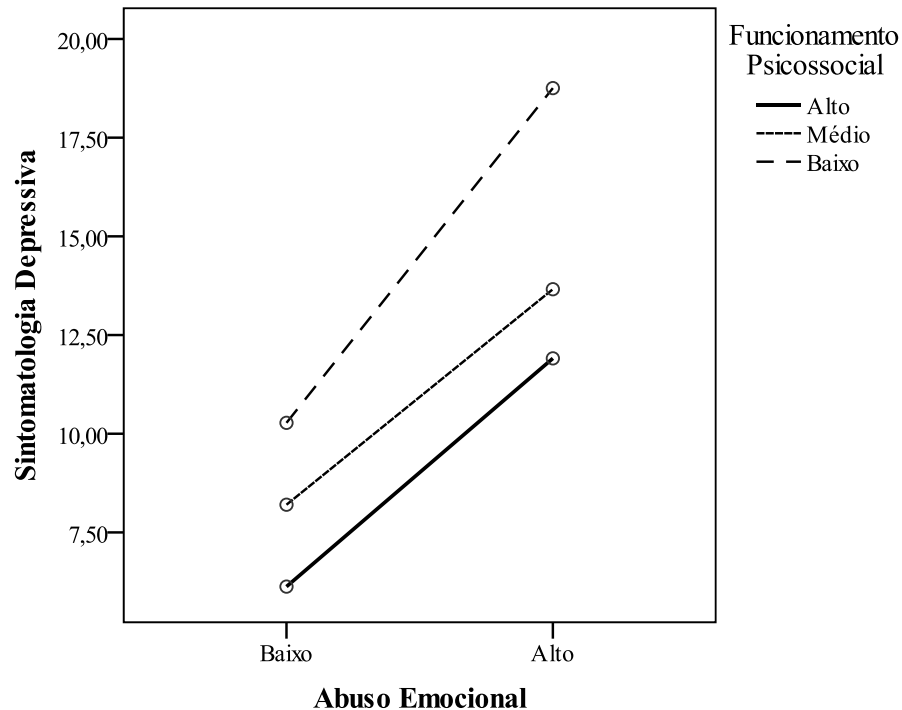


Figura 1. *Representação gráfica do efeito moderador do funcionamento psicossocial (total) na relação entre experiências de abuso emocional e a sintomatologia depressiva*

4. Discussão

Na presente investigação foi analisada a relação entre a experiência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva, a relação entre o FP e a sintomatologia depressiva, e o efeito moderador do FP na relação entre a experiência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva.

Existem inúmeros estudos que encontram uma associação entre a vivência de maus-tratos e a sintomatologia depressiva (e.g. Brown et al., 1999; Kaplan et al., 1998; Kim & Cicchetti, 2006; MacMillan et al., 2001; Nanni et al., 2012; Puig-Antich et al., 1993; Wekerle et al., 2006; Widom et al., 2007).

O abuso e a negligência emocionais, segundo a literatura, devido ao ataque direto que

é feito à autoestima da criança ou adolescente, são identificados como fortes preditores de consequências negativas internalizantes, como a depressão (Kim & Cicchetti, 2006; McGee et al., 1997; Rose & Abramson, 1992). Neste estudo, o abuso emocional e a negligência emocional surgiram como os melhores preditores de sintomatologia depressiva, ou seja, adolescentes que sofreram deste tipo de abusos tendem a demonstrar maiores níveis de sintomatologia depressiva. O abuso físico, ao contrário do encontrado por Kaufman (1991), não foi um preditor significativo da sintomatologia depressiva. Quanto ao abuso sexual, este não se correlacionou significativamente com a sintomatologia depressiva nos adolescentes, o que vai ao encontro do obtido no estudo de Widom et al., 2007. No entanto, este resultado pode ter sido influenciado pelo baixo número de adolescentes que reportaram experiências de abuso físico ou sexual.

O FP também é reconhecido como um preditor de sintomatologia depressiva (Goldstein et al., 2009; Lewinsohn et al., 1998), apesar de maior parte dos estudos se referirem ao impacto da depressão no FP do sujeito (e.g. Coryell et al., 1993; Costa, 2011; Field, et al., 2001; Hirschfeld et al., 2002; Judd et al., 2000; Judd et al., 2008; Lewinsohn et al., 2003; McCabe et al., 2011; Melvin et al., 2013; Vitiello et al., 2011; Weissman et al., 1999; Wells et al., 1989). Os resultados do presente estudo encontraram uma associação entre o FP e a sintomatologia depressiva, revelando-se um preditor significativo nas análises de regressão. Assim, pontuações altas obtidas no FP na A-LIFE, que representam um FP pobre, associam-se a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

Na presente investigação, o estudo do efeito moderador do FP na relação entre a experiência de maus-tratos (especificamente abuso e negligência emocionais) e a sintomatologia depressiva dos adolescentes, constitui também um contributo importante e inovador. Encontrou-se uma interação significativa, sugerindo a presença de um efeito moderador do FP na predição da sintomatologia depressiva a partir do abuso emocional. Ter

pontuações baixas no abuso emocional parece funcionar como um fator de proteção da sintomatologia depressiva. Quando o abuso emocional é baixo, o nível de sintomatologia depressiva tende a ser semelhante quando o FP é baixo, médio ou alto, porém quando o abuso emocional é alto, um baixo FP conduz a maior sintomatologia depressiva. Podemos dizer que quando há pontuações elevadas no abuso emocional, o FP assume grande relevância na previsão da sintomatologia depressiva, sendo que, um FP baixo prediz uma pontuação significativamente mais elevada na sintomatologia depressiva. Os resultados revelam então que o FP modera o impacto do abuso emocional na depressão. Estas conclusões vão ao encontro de resultados obtidos noutros estudos. Kaufman et al. (2004) encontraram que a disponibilidade e a qualidade do suporte social são fatores de proteção para a depressão em adolescentes com história de maus-tratos. Toth e Cicchetti (1996) mostraram que crianças maltratadas, com padrões negativos de relação com a mãe, apresentaram níveis de sintomatologia depressiva mais altos.

O presente estudo tem importantes implicações clínicas. Contribui para uma melhor compreensão dos fatores de risco para a depressão e as suas conclusões podem ter implicações importantes para o desenvolvimento de estratégias de avaliação, intervenção e prevenção mais eficazes na depressão, sobretudo nos casos de adolescentes com história de maus-tratos. Atendendo ainda ao grande número de recorrências e recaídas que acontecem na depressão (Arnarson & Craighead, 2009; Costello et al., 2002; Kessler, et., 2005; Lewinsohn, et al., 1998; Lewinsohn et al., 1999; Mueller et al., 1999), será importante desenvolver estratégias de intervenção orientadas para a melhoria do FP para que se consiga uma recuperação mais estável. As intervenções deverão promover um melhor funcionamento em várias áreas, nomeadamente nas relações familiares e entre os amigos, nas atividades recreativas e no desempenho escolar, sobretudo em adolescentes que foram vítimas de maus-tratos. A deteção precoce e intervenção, no âmbito do abuso e negligência, revelam-se

também fundamentais para a prevenção e tratamento da depressão na adolescência. Os resultados do presente trabalho salientam o impacto dos maus tratos emocionais na sintomatologia depressiva.

Contudo, a atual investigação apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas. O estudo envolve uma amostra da população geral pertencente a zonas geográficas delimitadas do país, sendo relevante que, no futuro, o estudo seja replicado em amostras clínicas e em amostras comunitárias mais amplas e representativas da população portuguesa, para permitir a generalização dos resultados. Outras variáveis, que não foram controladas poderão ter influenciado as respostas dos sujeitos, como a desejabilidade social e a negação/minimização. De facto, os adolescentes poderão ter tido dificuldade em admitir que passaram por vivências de maus-tratos, tentando transparecer uma imagem social positiva de si próprios, o que pode ter afetado os resultados obtidos no CTQ-SF (principalmente no abuso físico e no abuso sexual). Será importante que a desejabilidade social e estratégias defensivas sejam controladas em estudos futuros. O tempo de preenchimento do protocolo de investigação foi também um pouco extenso, pois correspondeu à bateria de questionários utilizada no projeto de investigação mais amplo, anteriormente mencionado, no qual se integrou o presente estudo. Este facto poderá ter afetado negativamente a concentração e motivação dos adolescentes no preenchimento dos instrumentos de autoavaliação. Por último, o desenho transversal da investigação impossibilita que sejam retiradas conclusões causais e que se estudem variações da sintomatologia depressiva ao longo do tempo, sendo então importante que no futuro se realizem estudos de natureza longitudinal.

Também é nosso objetivo, em estudos futuros, analisar o contributo específico de cada dimensão do FP e a interação de cada uma com os vários fatores dos maus-tratos, de modo a que seja possível perceber quais as dimensões do FP com maior impacto na sintomatologia

depressiva e na relação que se estabelece entre maus-tratos e depressão.

6. Referências

- Alberto, I. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Alloy, L., Zhu, L., & Abramson, L. (2003). Cognitive vulnerability to depression: implications for adolescent risk behavior in general. In D. Romer (Eds.). *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated Approach* (pp. 171-183). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnarson, E., & Craighead, W. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011
- Baron, M., & Kenny, A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, . . . Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0

- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J., & Smailes, E. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496. doi:10.1097/00004583-199912000-00009
- Buzi, R., Weinman, M., & Smith, P. (2007). The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse. *Adolescence*, 42(168), 679-688.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 720–727.
- Costa, A. (2011). *Tradução da Entrevista A-LIFE - Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation - Estudo Preliminar do Funcionamento Psicossocial numa Amostra de Adolescentes Portugueses* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Costello, E., Pine, D., Hammen, C., March, J., Plotsky, P., Weissman, M., . . . Leckman, J. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 529–542. doi:10.1016/S0006-3223(02)01372-0
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro-Vale, I., Kleber, R., & Cardoso, R. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11(2), 103-120. doi:10.14417/lp.11.2.713
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação*

Psicológica: Formas e Contextos (pp. 553-564). Braga, Portugal: APPORT.

Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, *36*(143), 491-498.

Goldstein, T., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Gill, M., Esposito-Smythers, C., . . . Keller, M. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *American Journal of Psychiatry*, *114*, 179-183. doi:10.1016/j.jad.2008.07.001

Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 128-140.

Harkness, K., Lumley, M., & Truss, A. (2008). Stress generation in adolescent depression: The moderating role of child abuse and neglect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 421-432. doi:10.1007/s10802-007-9188-2

Hirschfeld, R., Dunner, D., Keitner, G., Klein, D., Koran, L., Kornstein, S., . . . Keller, M. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry*, *51*(2), 123–133. doi:10.1016/S0006-3223(01)01291-4

Judd, L., Akiskal, H., Zeller, P., Paulus, M., Leon, A., Maser, J., . . . Keller, M. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*. *57*(4): 375-380.

Judd, L., Schettler, P., Solomon, D., Maser, J., Coryell, W., Endicott, J., & Akiskal, H. (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, *108*, 49–58. doi:10.1016/j.jad.2007.06.014

- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F., Lesser, M., & Labruna, V. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, *155*(7), 954-959.
- Kaufman J. 1991. Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 257–265. doi:10.1097/00004583-199103000-00014
- Kaufman, J., Yang, B., Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, D., Krystal, J., . . . Gelernter, J. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, *101*(49), 17316–17321. doi:10.1073/pnas.0404376101
- Keller, M., Lavori, P., Friedman, B., Nielsen, E., Endincott, J., McDonald-Scott, P., & Andreasen, N. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, *44*(6), 540-554. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800180050009
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, *77*(3), 624-639. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, *21*(4), 995-998.

- Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J. (1998) Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 18*(7), 765–794. doi:10.1016/S0272-7358(98)00010-5
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Klein, D., & Seeley, J. (1999) Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(1), 56–63. doi:10.1097/00004583-199901000-00020
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 353–363. doi:10.1037/0021-843X.112.3.353
- MacMillan, H., Fleming, J., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M., Jamieson E., . . . Beardslee, W. (2001) Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1878–1883. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1878
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, I. (2014). *A-LIFE interview: a longitudinal study of the course of psychological status, psychosocial functioning and some psycometric properties* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Masten, A., & Coatsworth, J. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 715–752). New York: Wiley.
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-7. doi:10.1155/2011/548034
- McGee, R., Wolfe, D., & Wilson, S. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*, 9, 131-149.
- Melvin, G., Dudley, A., Gordon, M., Ford, S., Taffe, J., & Tonge, B. (2013) What happens to depressed adolescents? A follow-up study into early adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 151, 298–305. doi:10.1016/j.jad.2013.06.012
- Mueller, T., Leon, A., Keller, M., Solomon, D., Endicott, J., Coryell, W., . . . Maser, J. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000–1006.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141 –151.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, 10(5), 173-176.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N., Williamson, D., Dahl, R., Lukens, E., . . . Nelson, B. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 244-253.

- Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 45-62.
- Rose, D., & Abramson, L. (1992) Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. In D. Cicchetti, L. Sheree & L. Toth (Eds.). *Developmental Perspectives on Depression* (pp. 323-350). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P., Overpeck, M., Sun, W. & Giedd, J. (2004) Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 760-765.
- Toth, S., & Cicchetti, D. (1996). Patterns of relatedness and depressive symptomatology in maltreated children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 32–41.
- Vitiello, B., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K., Asarnow, J., Keller, M., . . . Brent, D. (2011). Long-Term outcome of adolescent depression initially resistant to SSRI Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3): 388–396. doi:10.4088/JCP.09m05885blu
- Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., . . . Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1707–1713.
- Wekerle, C., Miller, A., Wolfe, D., & Spindel, C. (2006). *Childhood maltreatment: Advances In Psychotherapy*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Wells, K., Stewart, A., Hays, R., Burnam, M., Rogers, W., Daniels, M., . . . Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association*, 262(7), 914–919.

- Widom, C., DuMont, K., & Czaja, S. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49-56.
- Wise, D. (2006). Child abuse assessment. In M. Hersen (Eds.). *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (pp. 549-568). Oxford: Academic.
- Wolfe, D., Rawana, J., & Chiodo, D. (2006). Abuse and trauma. In D. Wolfe & E. Mash (Eds.). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 642–671). New York, NY: Guilford Press.
- World Health Organization (2008) *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva: WHO Press.