

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Acontecimentos Traumáticos e Sentimentos de Vergonha na
relação com os Sintomas Depressivos na adolescência: Estudo
Longitudinal

RUTE VANESSA FERREIRA ALMEIDA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Ramo Terapias
Cognitivo – Comportamentais

Coimbra, Outubro de 2015



Acontecimentos Traumáticos, Sentimentos de Vergonha na
relação com os Sintomas Depressivos na adolescência: Estudo
Longitudinal

RUTE VANESSA FERREIRA ALMEIDA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica – Ramo Terapias Cognitivo- Comportamentais
Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Coimbra, Outubro de 2015

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina Cunha, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para a realização do trabalho.

A minha gratidão vai também para Dr.^a Sónia Cherpe, agradeço a partilha de conhecimentos, a disponibilidade e a dedicação que sempre colocou ao meu dispor e, sobretudo, o seu optimismo e grande amizade.

A todos os participantes do estudo - aos diretores das escolas, onde foram recolhidos os dados, aos alunos e a todas as pessoas com quem me cruzei para a elaboração deste trabalho, o meu sentido agradecimento. Sem eles este estudo não seria possível.

Compete-me também agradecer os meus amigos a solidariedade, companheirismo. Á Lisa, à Andreia, por acompanharem e encorajarem os momentos de maior cansaço e desânimo.

Finalmente, a minha enorme gratidão para os meus pais e irmãs pelo incentivo recebido ao longo destes anos, pelo amor incondicional.

A ti João, foi a meio do trajeto que nos conhecemos, acompanhas-te passo a passo cada fase do trabalho, enxugas-te cada lágrima e aturas-te o mau humor matinal. Obrigada por todo amor e força transmitida.

Para conquistarmos algo grande, é preciso começar de pequeno, lutar todos os dias e nunca desistir de cada sonho.

A todos, o meu sincero obrigado!

Resumo

Introdução: As experiências adversas na infância, tal como a exposição a acontecimentos traumáticos e vivências de vergonha, podem ter um contributo importante na vida dos adolescentes moldando a forma estes se percebem a si próprios e aos outros, e como lidam com as adversidades, podendo aumentar a sua vulnerabilidade para desenvolver uma perturbação depressiva. Este estudo, de desenho longitudinal, consistiu em estudar os factores preditores (acontecimentos de vida traumáticos e sentimentos de vergonha) no desenvolvimento de psicopatologia depressiva a seis meses.

Método: A amostra é constituída por 325 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos a frequentar o 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário. Para o estudo das variáveis referidas, foram utilizados os seguintes instrumentos de medida: o *Child Depression Inventory*, o *Childhood Trauma Questionnaire* e a *Escala de Vergonha Externa*.

Resultados: Os resultados obtidos relativamente à estabilidade absoluta das variáveis demonstram diferenças significativas entre os valores médios do 1º momento de avaliação e do 2º momento de avaliação (após 6 meses) para a variável vergonha. Ao longo do estudo, verificou-se uma associação positiva entre as variáveis relacionadas com o trauma e os sentimentos de vergonha avaliados no primeiro tempo (T1) e a variável sintomas depressivos (T2). O modelo de regressão linear múltipla, explicou 63% da variância dos sintomas depressivos no tempo 2, mostrando que o facto de pertencer ao sexo feminino, experienciar mais vivências de vergonha, e mais experiências traumáticas de abuso afetivo, abuso sexual e de negligência emocional permitem prever mais sintomas depressivos na adolescência.

Conclusão: Podemos concluir com a presente investigação, que o impacto de acontecimentos traumáticos, do tipo abuso/negligência, bem como de sentimentos de vergonha durante a fase da adolescência pode ser nocivo para o desenvolvimento harmonioso posterior, nomeadamente no desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: Sentimentos de vergonha, acontecimentos traumáticos (abuso/negligência), depressão, adolescentes

Abstract

Introduction: The adverse experiences in childhood, such as an exhibition of traumatic events and experiences of shame can have important contribution in teenager's life shaping the way they perceive themselves and the others and how they deal with adversity, increasing their vulnerability to develop a depressive disorder. This study, longitudinal design, it was consisted in study of the predictive factors (traumatic life events and feelings of shame) in the development of depressive psychopathology in six months.

Method: The sample consisted of 325 adolescents aged between 12 and 18 years attending the 3rd cycle of basic education and secondary education. To the study of the variables mentioned, the following measuring instruments were used: the Child Depression Inventory, the Childhood Trauma Questionnaire and External Shame Scale.

Results: The results obtained regarding the absolute stability of the variables showed significant differences between the mean values of the evaluation 1st moment and 2nd moment of evaluation (after 6 months) for the variable shame. Throughout the study, there was a positive association between variables related to the trauma and feelings of shame evaluated at the first time (T1) and the variable depressive symptoms (T2). The multiple linear regression model explained 63% of variance in depressive symptoms at time 2, showing that the fact of being female experience more shame experiences, and most traumatic experiences of emotional abuse, sexual abuse and emotional neglect permit predict more depressive symptoms in adolescence.

Conclusion: We can conclude with this research, that the impact of traumatic events, the type abuse/neglect, as well as feelings of shame during adolescence can be harmful to the subsequent harmonious development, including the development of depressive symptoms.

Keywords: Feelings of shame, traumatic events (abuse / neglect, depression, teenagers.

1. Introdução

Na literatura presente, o momento de transição para a adolescência é marcada por um aumento significativo da prevalência de problemas de saúde mental, nomeadamente depressão (Gilbert, 2012; Rubeis & Hollensteins, 2008; Tilghman-Osborne, Cole, Felton & Ciesla, 2008). Nesta perspetiva, a história pessoal do indivíduo, passa por um período de grandes transformações a nível emocional por estar relacionada com a variedade de alterações fisiológicas, psicológicas, relacionais e ambientais, que o caracterizam (Cunha, Matos, Faria & Zagalo, 2012; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013; Monteiro, Matos & Oliveira, 2015).

Desta forma, e dependendo dos recursos que o adolescente dispõe, pode-se presenciar a um aumento de vulnerabilidade, perante os efeitos destruidores das experiências adversas. Particularmente, experiências precoces têm um impacto na vida dos adolescentes e na forma como lidam com o mundo. A família constitui-se como um fator protetor, quando promove um padrão de vinculação segura e afetiva e de aceitação no desenvolvimento da criança, no entanto também pode constituir um fator de risco, quando resigna da sua função (Gregorowski, & Seedat 2013).

Por conseguinte, esta dissertação de mestrado debruça-se sobre duas variáveis que parecem influenciar a depressão de maneiras distintas: acontecimentos de vida traumáticos e vergonha externa.

A variável trauma é selecionada, tendo em conta as vulnerabilidades que crianças e adolescentes evidenciam perante situações de abuso ou maltrato, sendo um fator de risco relevante para o desenvolvimento de perturbações depressivas em idade adulta (Ansel, Fehon & Grilo, 2011; Gibb, 2002; Hopwood, Mandelli, Petrilli, & Serretti, 2015; Musliner & Singer, 2014). Estudos documentam que o abuso sexual e abuso físico de crianças, afeta até 25% das crianças no mundo (Cohen & Mannarino, 2008). Nas últimas duas décadas, estudos clínicos têm identificado efeitos negativos associados a uma história de abuso sexual de crianças, relacionados a desenvolver um maior risco sintomas depressivos (Bonanno, et al., 2002; Mannarino & Cohen, 2011; Molnar, Buka & Kessler, 2001). A negligência infantil é a forma mais comum e prevalente na criança (Jakson, Kissom & Greene, 2015), tem sido fundamentado como consequência do abuso emocional o desenvolvimento de um modelo cognitivo negativo (Bennett, Lewis & Sullivan, 2010; Gibb, 2002; Slep, Heyman & Snarr, 2011).

Esta problemática, o trauma, encontra-se associada a um maior risco de episódios de vergonha, que por sua vez aumenta o risco de sintomatologia depressiva (Bennett, et al.,

2010 & Muris, et al., 2015). Alguns autores convergem na ideia de que a vergonha é uma emoção multifacetada, auto consciente relacionada a uma avaliação global negativa acerca de si mesmo (Matos & Pinto-Gouveia, 2010). É na adolescência que há um maior foco sobre as avaliações dos outros. Ao experimentar vergonha, os indivíduos podem tentar suprimir um sentimento tão aversivo que, por sua vez, pode levar à tristeza e depressão (Cunha, et al., 2012; Rubeis, et al., 2008; Rosso, et al., 2014 & Stuewig, et al., 2015).

A vergonha pode surgir como um processo mediador entre a depressão e de possíveis ataques de rejeição dos outros, pelo desencadeamento de auto controlo, auto acusação e defesa de respostas submissas (Muris & Meesters, 2014). A longo prazo, a propensão à vergonha pode desempenhar um papel importante na psicopatologia (Feiring, 2005 & Szentágotai-Tătar, et al., 2015).

Sintomatologia Depressiva na Adolescência

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano sendo um processo contínuo, multidimensional e multidireccional, complexo nas mudanças e estabilidade que ocorre em diversos aspetos da pessoa, tais como alterações fisiológicas, psicológicas, relacionais e ambientais que sucede desde a puberdade até à idade adulta (Monteiro, 2015 Papalia, Olds, Feldman, 2006, p. 46 & Rubeis, et al., 2008).

Com esta transição, os adolescentes perpetuam numa nova fase existencial com novas capacidades cognitivas, aquisição de novos papéis e responsabilidades, uma maior tomada de decisão, formação de identidade e auto conceito, identificação de grupo ou de independência emocional (Gilbert, 2012). A ambivalência de sentimentos na adolescência relaciona-se com o aumento de sintomas negativos e depressivos, experiências de emoções auto conscientes e o uso de estratégias de coping. (Rubeis, et al., 2008).

A pesquisa da depressão na infância e na adolescência tem aumentado e é reconhecido que a depressão pode afetar os adolescentes em várias áreas de suas vidas (Gibb, 2002). A Depressão, como qualquer psicopatologia, leva a um mal-estar significativo e a disfuncionalidades para o indivíduo (Firth, 2013 & Spann, et al., 2011). De acordo com o relatório divulgado pela OMS, em Maio de 2014, a depressão é o principal problema de saúde entre os adolescentes. Segundo o indicador *Disability Adjusted Life Years*, no ano 2020 é esperado que a depressão seja das doenças com maior prevalência na população geral (Bahls, 2002).

Desta forma, considerando o contributo de diversos autores, nos jovens com perturbação depressiva *Major* existem alguns sintomas que são apontados como sendo

mais característicos desta faixa etária. Especificamente insatisfação com a imagem corporal (em especial nas raparigas), isolamento social, irritabilidade, lentidão/agitação psicomotora e aparência triste, ideação suicida, sentimentos de culpa, o desânimo, a hipersónia, as dificuldades de concentração, a reactividade à rejeição, a apatia e o aumento do apetite. Em pesquisas longitudinais nos EUA e na Inglaterra, foram encontradas taxas de recorrência em adolescentes entre 60-74%, com maior risco de recorrência da depressão alguns meses após o primeiro episódio depressivo (Bahls, 2002). Os padrões de sintomatologia depressiva com início na adolescência, podem ser diferentes ao longo do desenvolvimento dadas as alterações cognitivas, sociais, emocionais e biológicos (Cowen, 2014 & Jacobs, et al., 2008).

Pesquisas mostram consistentemente diferenças significativas em função do género na prevalência e manifestação sintomática de depressão na adolescência, que podem ser explicadas por fatores biológicos e psicossociais (Monteiro, et al., 2015).

Relativamente às prevalências consoante o género de pertença, a depressão ocorre duas vezes mais nas raparigas. Entre os 11/13 anos, o sexo feminino começa evidenciar um aumento notável em sintomas depressivos (elevada auto consciência, ruminação e sentimentos de desesperança), por volta dos 15 anos estão ainda mais propensas a desenvolverem um episódio de depressão clínica. Uma minoria substancial, que experiencie depressão pode tornar-se crónica e generalizada durante a adolescência, em última análise manifestando-se algo mais específico tais como sintomas depressivos extremos. Num estudo, o sexo feminino apresenta uma percentagem de 20,7% de sintomas depressivos significativos e emoções como tristeza, raiva, ansiedade, vergonha (Bennett, et al., 2005; Monteiro, et al., 2015 & Rubeis, et al., 2008).

O período da adolescência tem sido associado a uma incidência crescente de internalização e de externalização dos sintomas. Os adolescentes podem ser particularmente vulneráveis à desregulação emocional (Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015 & Garnefski, Kraaij Van Eten, 2005). Refere-se ainda que a desregulação emocional, somática, comportamental, cognitiva e relacional tem com consequências a longo prazo (Ahmed, et al., 2015; Gregorowski, et al., 2013 & Muris, et al., 2015). A Psicopatologia associada a sintomas de internalização aumenta durante a adolescência. Os principais sintomas depressivos sobem drasticamente cerca 2% no início da adolescência (13-15anos) a 15% na adolescência média (15-18anos) (Ahmed, et al., 2015).

O trauma na infância pode desempenhar um papel crucial na etiologia da depressão, bem como noutras perturbações mentais, uma vez que, experiências traumáticas

durante o desenvolvimento podem alterar a estrutura e o funcionamento dos sistemas cerebrais, com consequências duradouras na vida adulta (Charak & Koot, 2015; Mandelli, et al., 2015).

As atribuições/significados que os adolescentes desenvolvem em relação à infância ou a si mesmos, dos outros, e do ambiente são alterados em função da depressão e percebidos como pensamentos negativos sobre si mesmos e o futuro (Bennett, et al., 2010 & Gregorowski, et al., 2005). A vergonha desempenha um papel importante no início e manutenção da depressão, contribuindo para o desenvolvimento de ciclos viciosos que reforçam as experiências de depressão (Rosso, et al., 2014). Em termos evolutivos, a vergonha desempenha um papel fundamental dentro dos contextos de interação social e na formação de identidade (Matos, et al., 2013; Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2012 & Rosso, et al., 2014).

No estudo desenvolvido por Bennett (2010), indica que a vergonha medeia a relação prospectiva entre maus tratos e histórias de abuso físico em crianças e o aumento de sintomas depressivos. Crianças negligenciadas são mais propensas a experimentar emoção vergonha, tal como se prevê um aumento de sintomas depressivos.

Modelos teóricos no campo dos maus tratos infantis, enfatizam a importância do contexto social e do ambiente no qual a criança se desenvolve (Sperry & Widom, 2013) podem estes contribuir para o desenvolvimento de um modelo cognitivo negativo ao longo do tempo (Gibb, 2002 & Hopwood, et al., 2011). A experiência de trauma na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia depressiva em idade adulta. Os indivíduos com história de abuso sexual na infância relatam uma história de vida de depressão em cerca de 30-40% (Mandelli, et al., 2015 & Musliner, et al., 2014).

Acontecimentos de vida traumáticos e Psicopatologia

O trauma na infância tem sido objeto de estudo de um número considerável de pesquisas. O trauma tem fortes associações, por ser um fator de predisposição, a uma variedade de distúrbios mentais, que persistem na idade adulta (Firth, et al., 2013 & Mandelli, et al., 2015).

Nas últimas décadas, vários estudos têm associado a um espectro diverso de consequências psiquiátricas negativas a história de abuso sexual de crianças, particularmente depressão, com Probabilidades que variam entre 0%-16% para homens e entre 3%-27% para mulheres (Molnar, et al., 2001).

O fenómeno da violência contra as crianças e, em particular, o abuso sexual têm vindo a ganhar um aumento em Portugal. O aumento do conhecimento sobre as suas dinâmicas e processos, a crescente consciencialização das suas consequências, uma maior atenção aos sinais, levam a um aumento do número de denúncias (Ribeiro, 2009).

O maltrato infantil engloba uma ampla gama de atitudes violentas contra a criança, que podem ser de carácter passivo (negligência, abandono) ou ativo (abuso físico/sexual), que independentemente das consequências negativas podem afetar o desenvolvimento da criança. (Alberto, 2006, p. 30; Ribeiro, 2009; Firth, et al., 2013 & Mandelli, et al., 2015).

Tolchinsky (2014) define que o trauma é um fenómeno biopsicossocial complexo, envolve a exposição a múltiplos eventos traumáticos, de natureza interpessoal, durante a infância que resulta em consequências adversas. O impacto de repetidas experiências de rejeição, traição e abuso, no sentido da criança sentir dificuldades de relacionar-se com os outros, a incapacidade de regular as reacções ao acontecimento, desenvolvendo crenças negativas, como pessoas sem valor ou não digno de ser amado (Charak, & Koot, 2014; Cohen, et al., 2008; Mannarino, et al., 2011 & Gregorowski, et al., 2013).

Crianças com história de abandono/negligência estão em risco de aumento de sintomas depressivos na idade adulta (Hopwood, et al., 2011; Piquart, Shen & Psych, 2010). Os maus tratos que ocorrem durante os primeiros 5 anos de vida colocam as crianças em maior risco para o desenvolvimento de futuros problemas de adaptação, incluindo o aumento de sintomas depressivos. Durante este tempo, as crianças maltratadas começam a desenvolver um auto conhecimento e a fazer auto avaliações negativas, bem como comportamentos disfuncionais, baixa auto estima e percepções depreciativas de competência (Bennett, et al, 2010; Charak, et al., 2015; Kim & Cicchetti, 2006 & Mostoufi, et al., 2013).

Ao examinar os múltiplos aspetos dos maus tratos e do abuso, como a gravidade, cronicidade, idade ao primeiro episódio, a relação existente entre o abusador e sujeito abusado e as possíveis reacções de outras pessoas significativas ao abuso, são fatores que podem fazer variar as consequências do abuso exercido à criança/adolescente (Ribeiro, 2009). Crianças que sofreram vários episódios de abuso/maltrato são suscetíveis a um maior risco psicopatologia, formando assim visões negativas (Mostoufi, et al., 2013).

Estados emocionais na infância podem afetar níveis de adaptação em idade adulta, contudo a investigação longitudinal sobre as consequências de emoções continua a ser uma recorrente pesquisa na área (Heaven, Ciarrochi & Leeson, 2009). Há suporte

empírico para o efeito negativo de maus tratos em processos emocionais das crianças e desenvolvimento incluindo problemas com emoção expressa, comunicação e regulação (Bennett, et al., 2005). A experiência de abuso sexual é muitas vezes dominada por emoções negativas de vergonha e raiva. Vergonha, torna-se parte da identidade da vítima, associada a efeitos na saúde mental até à idade adulta, afectando visão de si mesmo e tudo o que faz. (Negrao, Bonanno, Noll, Putnam & Trickett, 2005; Stuewing & McCloskey, 2005). Estudos têm indicado que as mulheres com abuso sexual na infância estão em maior risco de vitimização em adulto, quer sexual ou físico, embora investigação prospetiva seja escassa.

Trauma psicológico pode ter um intenso impacto negativo sobre saúde mental, pois ele pode afetar crianças a nível social, emocional, neurológico, físico e desenvolvimento sensorial e mais prejudicial em crianças que vivem múltiplos episódios de abuso emocional. O mal trato psicológico tem a particularidade de estar presente nas outras formas de mal trato, uma vez que, cada uma delas constitui violência contra uma pessoa, uma personalidade que é atingida na totalidade e não apenas num segmento (Alberto, 2006, p. 32). Tem sido ligado com elevados resultados negativos no funcionamento da saúde mental durante toda vida. (Liu, Alloy & Whitehouse, 2009; Mandelli, et al., 2015 & Slep, 2011).

Maus tratos emocionais, aumenta o risco de vergonha, e igualmente sintomas depressivos, dado que é particularmente prejudicial para o próprio eu (Bennett, et al., 2010).

Experiências de Vergonha e Psicopatologia

A emoção de vergonha, é uma emoção social, crucial no desenvolvimento do ser humano, secundária e negativa, pois pode ter impacto significativo no bem-estar da pessoa (Rosso, et al., 2014). É uma reacção neuropsicofisiológica com intensidade e frequência confinados ao momento próprio (Damásio, 2010 & Matos, et al., 2012). A emoção vergonha é uma emoção auto consciente, fundamental em comparações interpessoais e está associada com o medo de evocar ou despertar avaliações negativas no outro (Muris, et al., 2014). A vergonha é uma componente psicológica da percepção de si e é ativada quando as pessoas se julgam a si mesmas como imperfeitas, feio ou inferior, e associa-se auto estima e um sentimento de inferioridade e impotência. Os fatores que compõem os componentes da vergonha incluem física, fisiológica relacionada com sua expressão, pensamentos e reacções comportamentais (Feiring, 2005).

Damásio (2010) considera que “o bem e o mal são categorias biológicas” e alude ao fenômeno da regulação como uma das funções das emoções. Os organismos reagem automaticamente de modo reflexivo e estereotipado (Damásio, 2001, p. 60).

Muitos aspetos da experiência, tal como a emoção são facilmente revelados/transmitidos em extenso reportório de comportamentos não-verbais. Ao exibir expressões faciais também provocam índices úteis de resposta de um indivíduo a determinados acontecimentos de vida. As expressões também evocam respostas em outros e desempenha papel na regulação das interações sociais em curso (Bonanno, et al., 2002 & Damásio, 2010). A vergonha é altamente relevante para muito dos principais temas de estudo em psicologia do desenvolvimento. É importante compreender alguma variedade de questões, incluindo os conflitos familiares, violência e como eles afetam a criança, o que aumenta vulnerabilidade para psicopatologia (Muris, et al., 2014).

Durante a adolescência, a preocupação com avaliação social aumenta significativamente em comparação à infância. Há um alto nível de auto consciência e sensibilidade a estímulos relevantes para emoções auto conscientes que são mais elevados do que em crianças e adultos (Szentágotai-Tătar, et al., 2015).

Vergonha e depressão têm em comum interpretação de acontecimentos negativos como sequência de causas internas, estáveis e globais (Feiring, 2005 & Hopwood, et al., 2011). A experiência vergonha envolve um foco doloroso no eu e é acompanhada por uma sensação de inutilidade, impotência, humilhação, desconforto (Andrews, Qian & Valentine, 2002 & Stuewig, et al., 2015).

A abordagem biopsicossocial propõe que a vergonha surge a partir deste complexo de habilidades cognitivas como um sinal de alerta de que se existe negativamente na mente dos outros (Gilbert, 2002). À luz do modelo biopsicossocial, dois tipos de vergonha podem ser distinguidas: externa e interna. Vergonha externa envolve uma sensação de estar, consciência de reacções automáticas (ex., frequência cardíaca, corar) juntamente com sentimento subjectivo, como inferior, inadequado (Mills, 2005). A atenção é muito focada na mente do outro, com esforço de imaginar o que está na mente do outro sobre si mesmo, no intuito de mudar a mente do outro (Balsamo, et al., 2014). A internalização destas experiências pode resultar em ver e avaliar o eu da mesma forma que os outros vêm (falhado, inferior, rejeitável). A vergonha, tanto interna e externa tem sido associado com o aumento da vulnerabilidade para psicopatologia. Pesquisa recente mostrou que as experiências de vergonha desde a infância e adolescência podem funcionar como memórias traumáticas e tornou central a identidade pessoal. A vergonha pode emergir de

experiências decorrentes de interações específicas que ocorrem dentro da família ou no grupo social, podem ocorrer em contextos familiares, experiências como a crítica, o abuso e a negligência dos pais. No domínio social de seus pares, vergonha pode surgir a partir da experiência da exclusão, crítica ou assédio moral que irá influenciar o modo de pensar dos outros. Tem sido associada a uma deterioração da saúde mental, tal como a depressão, em juventude. (Cunha, et al., 2012; Duarte, et al, 2012 & Matos, et al, 2014).

Existe uma forte associação entre vergonha externa e interna, e entre vergonha e o desenvolvimento e manutenção de psicopatologia, tais sintomas depressivos. De acordo com a evidência teórica e empírica a ligação entre memórias de infância e vergonha e a falta de afeto, estimulam o aparecimento de sintomatologia depressiva. Vergonha tem sido associada como uma das principais fontes de sofrimento humano e vulnerabilidade. (Matos, et al, 2010 & Matos, et al., 2013).

A vergonha evoca um sentimento de fracasso e impotência, é um componente central da depressão. Esta associação é mediada pela tendência de ruminação (Muris, et al., 2015 & Rosso, et al., 2011). Na literatura a desregulação da vergonha está associada com vários tipos de psicopatologia (Mills, 2005). Vários estudos demonstram que os níveis elevados de vergonha estão associados com sintomas psicológicos, incluindo raiva, agressão, depressão (Muris, et al., 2015).

Os adolescentes estão particularmente propensos a apresentar a raiva em resposta aos conflitos interpessoais, como exposição dos seus defeitos. É interpretada como uma ação defensiva (Hejdenberg & Andrews, 2011).

As raparigas apresentam mais vergonha do que os rapazes. Diferenças de género têm sido relatadas para consequências emocionais de maus tratos, ao exibir mais vergonha e internalização. Nos rapazes, mostram comportamentos mais externalizados (agressivos) (Bennett, et al., 2005).

É possível compreender que os aspetos da vergonha parecem especialmente relevantes na infância e adolescência por nestas fases as competições sociais se tornarem mais intensas, relatos retrospectivos de adultos, bem como estudos de corte transversal e prospectivos com crianças e adolescentes indicam que os sentimentos de vergonha estão ligados a histórias de abuso físico/sexual e com várias formas de maus tratos, tais como indiferença, rejeição, negligência (Morrison & Gilbert, 2001). Num outro estudo prospectivo com 147 crianças e adolescentes que tinham sido abusados sexualmente, verificou-se que existia sentimentos de vergonha ao longo de um ano (Kim, et al, 2009).

À luz deste enquadramento teórico, o presente estudo procura compreender os factores preditores (acontecimentos de vida traumáticos e experiências de vergonha) no desenvolvimento de psicopatologia depressiva.

Será um importante contributo para literatura, uma vez que, nunca foram realizados estudos longitudinais com estas variáveis na População Adolescente de Portugal.

As hipóteses a serem testadas são as seguintes:

Hipótese Central: Testar o poder preditivo da vergonha e dos acontecimentos traumáticos na evolução a 6 meses de sintomas depressivos em adolescentes.

Hipótese 1: Analisar a estabilidade absoluta dos instrumentos de medida no tempo 1 e no tempo2.

Hipótese 2: Analisar a evolução da relação ao longo do tempo entre acontecimentos traumáticos (do tipo abuso/negligência) vergonha e sintomas depressivos na adolescência.

O presente estudo obedece a um desenho característico de um estudo não experimental, também designado de estudo correlacional e observacional. Neste tipo de estudos, o investigador observa a covariância das variáveis sem a manipulação das mesmas. A natureza do presente estudo, para além do referido, circunscreve-se em estudos longitudinais, uma vez que, se tratam de medições repetidas ao longo do tempo de forma avaliar as mudanças intra individuais. Procedeu-se, ainda à avaliação da estabilidade absoluta dos instrumentos de medida de maneira a avaliar o comportamento da criança ao longo tempo. Este tipo de desenho mostrou-se mais adequado à concretização dos objetivos do corrente estudo. Particularmente no presente estudo, pretende-se explorar qual o contributo da vergonha externa e dos acontecimentos de vida traumáticos (avaliados no momento 1) nos sintomas depressivos avaliados 6 meses depois numa amostra comunitária de Adolescentes Portugueses.

2. Material e Métodos

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 325 indivíduos, 199 raparigas (61,2%) e 126 rapazes (38,8%), distribuídos pela zona centro, a frequentar o ensino regular, 3º ciclo e

ensino secundário. A idade dos sujeitos está compreendida entre os 12 e os 18 anos, sendo a média de idades de 14,50 ($DP = 1,28$).

Relativamente ao rendimento escolar, 42,5% os adolescentes percebem o mesmo como “suficiente”, 39,1% como “bom”, 8,0% como “insuficiente”, 6,4% como “muito bom” e 1,5% como “satisfatório”. No que diz respeito às reprovações verificámos que a maioria dos adolescentes não reprovou ($N = 304$; 93,5%). Quanto ao número de faltas à escola, a maioria dos jovens situou-se no patamar de “poucas vezes” ($N = 156$; 48,0%), seguidamente “nunca” ($N = 155$; 47,7%), “algumas vezes” ($N = 11$; 3,4%), “muitas vezes” ($N = 1$; 0,3%) (Tabela 1)

No primeiro momento de avaliação a amostra era constituída por 401 adolescentes, tendo assim experimentado uma perda experimental de 76 indivíduos na avaliação aos 6 meses. Esta perda é explicada pela mudança da escola por parte dos adolescentes, pela dificuldade de os contactar, pela desistência de participação.

Tabela 1

Características Gerais da amostra: Género, idade, rendimento escolar, reprovações e número de faltas

		Total ($N = 325$)			
		N	%	M	DP
Género	Masculino	126	38,8	-	-
	Feminino	199	61,2	-	-
Idade	12– 18 anos	324	100	14,50	1,28
Rendimento Escolar	Insuficiente	26	8,0		
	Suficiente	138	42,5		
	Satisfatório	5	1,5	2,93	1,20
	Bom	127	39,1		
	Muito Bom	21	6,5		
Reprovações	Sim	21	6,5	-	-
	Não	304	93,5	-	-
Faltas à Escola	Nunca	155	47,7		
	Poucas vezes	156	48,0	1,56	0,58
	Algumas vezes	11	3,4		
	Muitas vezes	1	0,3		

Nota: N = número de indivíduos; M = média; DP = desvio-padrão.

Instrumentos Utilizados

No presente trabalho, foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) *Children’s Depression Inventory* – CDI, avalia os sintomas depressivos; 2) *Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ, para avaliar, as experiências precoces de histórias de abuso e negligência enquanto a criança ou o adolescente crescia; 3) *Escala de Vergonha Externa* –

OASB Other as Shamer, para avaliar a percepção que cada pessoa tem acerca da forma como pensa e os outros a vêem.

Caracterização dos instrumentos

A **Escala Sintomas Depressivos**, (*Children's Depression Inventory* - CDI, (M. Kovacs P. D. D., 1983; tradução e adaptação portuguesa: Marujo, 1994). Este inventário é constituído por 27 itens, apresenta vários grupos de sentimentos e ideias, cada um com três alternativas de resposta, com o intuito de avaliar como a criança/adolescente descreve os seus sentimentos e ideias nas duas últimas duas semanas. As afirmações são classificadas em ordem crescente de gravidade e a pontuação varia entre 0 – “ausência de sintomas” e 2 “sintoma definitivo”. A pontuação total pode variar entre 0 e 54 pontos e os resultados permitem estabelecer uma definição empírica de sintomatologia depressiva (Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004). Este inventário engloba cinco dimensões, sendo estas o humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto estima negativa.

Na versão original deste inventário Kovacs (1985) relatou valores elevados de consistência interna para o total da escala (entre $\alpha = 0,70$ e $\alpha 0,89$), bem como uma boa fidelidade teste-reteste. A versão portuguesa deste inventário (Marujo, 1994) revelou também uma boa consistência interna, apresentando coeficientes de ($\alpha = 0,80$ e $\alpha = 0,84$) para o total da escala (Pereira, Matos & Azevedo, 2014).

No presente estudo, o questionário revelou uma excelente consistência interna, apresentando no primeiro tempo ($\alpha = 0,90$) e no segundo tempo ($\alpha = 89$).

A **Escala de Trauma**, (CTQ – *Childhood Trauma Questionnaire*, Bernstein, D. P. & Fink, L., 2004; tradução e adaptação: Cherpe, S., Matos, A.P. & Pereira & A. R., 2010). É um instrumento de auto-resposta, que avalia a experiência da criança/adolescente enquanto cresce (detetar e avaliar experiências de abuso e negligência). É composto por 28 itens, 25 dos quais se destinam a avaliar, em termos retrospectivos as cinco formas de abuso sugeridas por Bernstein e colaboradores (2003), o abuso emocional, o abuso sexual, a negligência emocional e a negligência física. Os restantes três itens têm como objetivo avaliar a tendência de negação ou de minimização do abuso (Bernstein, et al., 2003). Para cada item é apresentada uma escala de *Likert* de 5 pontos, as pontuações variam de 1 – “nunca verdadeiro” a 5 “muito frequente”. O resultado de cada fator é obtido através da soma da pontuação de cada item.

O estudo original demonstrou uma boa consistência interna nos quatro fatores, com ($\alpha = 0,83$ e $\alpha = 0,86$) para o abuso físico; entre ($\alpha = 0,84$ e $\alpha = 0,89$) para o abuso emocional; entre ($\alpha = 0,92$ e $\alpha = 0,95$) para o abuso sexual; entre ($\alpha = 0,61$ e $\alpha = 0,78$) para a negligência física e entre ($\alpha = 0,85$ e $\alpha = 0,91$) para a negligência emocional (Bernstein, et al., 1994, 2003; Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006).

No presente estudo, demonstrou igualmente uma boa consistência interna, para o fator abuso afectivo com ($\alpha = 0,70$) para o 1º tempo e ($\alpha = 0,77$) para 2º tempo; para abuso físico ($\alpha = 0,70$) para 1º tempo e ($\alpha = 0,71$) para 2º tempo; para o abuso sexual ($\alpha = 0,87$) para 1º tempo e ($\alpha = 0,91$) para 2º tempo; para negligência emocional ($\alpha = 0,81$) para 1º tempo e ($\alpha = 0,83$) para 2º tempo; no fator negligência física evidenciou uma baixa consistência interna, tendo como valores de ($\alpha = 0,52$) para 1º tempo e ($\alpha = 0,49$) para 2º tempo.

A **Escala de Vergonha Externa**, (OAS - *Others As Shamers*; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; Tradução e adaptação: Lopes, Pinto Gouveia & Castilho, 2005). É um instrumento de auto-resposta, que avalia a percepção que cada pessoa tem acerca da forma como pensa que os outros as vêem. É apresentada uma lista de 18 itens e assinalar a frequência do sentimento/experiência descrita na frase. É apresentada uma escala de *Likert* de 5 pontos, as pontuações variam de 0 é igual a “*Nunca*” e 4 é igual a “*Quase Sempre*”, sendo que pontuações elevadas traduzem um elevado índice de vergonha externa. A versão original é constituída por três fatores, Inferioridade, Reação dos outros aos meus erros e Vazio. Os mesmos fatores constituem a versão portuguesa para adolescentes (Lopes, Pinto-Gouveia & Castilho, 2005).

No que se refere à consistência interna, o estudo da versão para adolescentes revelou valores elevados, com ($\alpha = 0,92$). O OAS apresenta uma validade convergente satisfatória e a estabilidade temporal variou de moderada a boa nos diferentes fatores (Lopes, et al., 2005).

No presente estudo, este instrumento evidenciou igualmente boas qualidades psicométricas, revelando valores excelentes de consistência interna e um ($\alpha = 0,95$) no 1º tempo e ($\alpha = 0,96$) no 2º tempo.

Procedimentos

Procedimentos Metodológicos

Esta investigação decorre de um estudo que está em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação de Coimbra, sobre a Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses em contexto escolar. Foi obtida autorização junto à Direção Geral da Educação (DGE) para fazer recolha em contexto escolar, assim como, junto à Comissão Nacional Proteção de Dados (CNPD). Posteriormente, o estudo foi apresentado aos Conselhos Pedagógicos de cada escola envolvida os quais aprovaram a realização do mesmo. Os consentimentos informados foram recolhidos junto dos encarregados de educação e dos próprios adolescentes.

Procedimento Estatístico

No que diz respeito ao tratamento dos dados, foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Foram utilizados diferentes testes estatísticos, seleccionados em função dos objetivos das análises, das características das variáveis consideradas e da verificação dos pressupostos necessários, através dos indicadores de Assimetria e Achatamento (assimetria $|<3|$ e de achatamento $|<10|$). Na análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS (*Statistic Package for the Social Sciences*, versão 22).

No presente estudo o processo da análise de dados iniciou-se através de medidas descritivas dos dados. Esta permitiu resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma visão geral das variáveis medidas numa amostra: frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central como a média, e medidas de dispersão como o desvio padrão.

Procedeu-se à análise da consistência interna dos instrumentos em estudo, a qual foi calculada através do alfa de Cronbach, considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste e qualidade dos itens (Marôco, 2011).

Na análise da estabilidade absoluta foi utilizada o coeficiente de correlação de Pearson e o Teste t para amostras emparelhadas na comparação das médias da mesma amostra em função dos tempos de avaliação.

Posteriormente, foram realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica para averiguar a contribuição independente dos diferentes fatores preditores e relacionais na explicação dos sintomas depressivos nos adolescentes.

3. Resultados

3.1 Valor médio da estabilidade absoluta nos instrumentos de medida em função dos tempos de avaliação

Com o objetivo de averiguar a evolução das variáveis em estudo do tempo 1 para o tempo 2, recorreu-se ao teste *T* Student para amostras emparelhadas. Procedeu-se ao cálculo dos valores médios obtidos das variáveis no tempo 1 e no tempo 2 em função do género.

Na Tabela 2, são apresentados os valores relativos à estabilidade absoluta das variáveis nos 2 tempos de avaliação.

Tabela2

Valores médios obtidos em função dos tempos de avaliação e estabilidade absoluta nos instrumentos de medida.

	Tempo1		Tempo2		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
CDI	11,44	7,33	10,91	7,12	1,84	0,067
Masculino	8,85	5,36	8,13	5,15		
Feminino	13,10	7,91	12,67	7,62		
OASB-A	17,58	15,35	17,83	15,43	-5,17	<0,001
Masculino	12,39	11,27	12,62	11,33		
Feminino	20,81	16,65	21,08	16,74		
NegEmocional	9,38	4,19			1,17	0,244
Masculino	9,34	4,47	9,00	3,97		
Feminino	9,40	4,02	9,21	4,25		
Abuso Afetivo	6,72	2,72	6,48	2,75	1,75	0,081
Masculino	6,30	1,90	6,22	2,44		
Feminino	6,98	3,10	6,65	2,92		
Abuso Sexual	5,35	1,70	5,33	1,73	0,11	0,910
Masculino	5,23	0,82	5,22	1,27		
Feminino	5,42	2,07	5,41	1,96		
Abuso Físico	5,41	1,46	5,30	1,28	1,28	0,202
Masculino	5,50	1,47	5,36	1,22		
Feminino	5,35	1,45	5,27	1,32		

Nota: CDI=Childrens's Depression Inventory; OASB-A= Others As Shamers; *M*= Média; *DP*= Desvio Padrão; *t*=t student; *p*=nível de significância

Os resultados relativos à estabilidade absoluta evidenciam diferenças significativas entre os valores médios do primeiro momento de avaliação e do segundo momento de avaliação para variável vergonha (OASB-A). No segundo momento de avaliação os participantes evidenciam valores mais elevados de vergonha externa, comparativamente ao primeiro momento.

3.2 Estudo das correlações entre os acontecimentos traumáticos e vergonha (tempo 1) e sintomas depressivos (tempo2).

Este estudo tem como objetivo avaliar a influência dos acontecimentos de vida traumáticos (CTQ) e sentimentos de vergonha (OASB-A) medidas no tempo 1 e os sintomas depressivos medidos no tempo 2 (CDI). Tabela 3

Tabela 3

Correlação entre as variáveis vergonha e trauma, (tempo1) e variável sintomas depressivos (tempo2).

	CDI (T2)	OASB-A	CTQ – Negligência Emocional	Abuso Afetivo	Abuso Sexual
CDI (T2)	1				
OASB-A	0,75**	1			
CTQ - Negligência Emocional	0,31**	0,26**	1		
CTQ - Abuso Afetivo	0,47**	0,42**	0,41**	1	
CTQ - Abuso Sexual	0,24**	0,11*	0,13*	0,32**	1
CTQ - Abuso Físico	0,18**	0,13*	0,42**	0,46**	0,41**

Nota: ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

CDI=Children's Depression Inventory; OASB-A= Others As Shamers; CTQ=Childhood Trauma Questionnaire

Como se pode observar, as variáveis vergonha e trauma (tempo1) e variável sintomas depressivos (tempo 2) estão correlacionadas entre si de forma significativa e positiva. A vergonha apresenta uma correlação elevada¹ com sintomas depressivos, seguido o abuso

afectivo e negligência emocional com uma correlação moderada¹ e o abuso físico e abuso sexual com uma correlação baixa.¹

3.3 Estudo das variáveis preditoras dos sintomas depressivos

Para compreender qual o conjunto de variáveis que mais contribui para os sintomas depressivos nos adolescentes, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, utilizando as vivências de vergonha e os domínios das experiências traumáticas (experiências de abuso físico, sexual e afectivo, assim como de negligência emocional) avaliadas no tempo 1, como preditores (variáveis independentes) e os sintomas depressivos avaliados no tempo 2 (avaliados após 6 meses) como variável critério (variável dependente). Uma vez que o género mostrou uma associação significativa com os sintomas depressivos, procurámos ainda controlar a variável género, fazendo-a entrar no primeiro bloco da análise de regressão linear, depois de, previamente, transformada numa variável *dummy*. No segundo bloco forçámos a entrada da variável relativa às vivências de vergonha e no terceiro, e último bloco, fizemos entrar as variáveis relacionadas com o trauma.

Foram averiguados os pressupostos para a realização destas análises, sendo cumprido o critério do tamanho da amostra e da ausência de multicolinearidade (todas as variáveis independentes apresentaram valores de tolerância superiores a 0,10 e VIFs inferiores a 10) (Tabachnick & Fidell, 2007). Apesar de nem todas as variáveis seguirem uma distribuição normal (o pressuposto de normalidade foi analisado através do teste de Kolmogorov-Smirnov), os valores de assimetria e achatamento não evidenciam graves enviesamentos. Segundo Kline (2005), valores de assimetria $|\lt 3|$ e de achatamento $|\lt 10|$ são aceitáveis. (Tabela 4).

¹ A classificação das correlações segue o indicado por Pallant (2013):

Correlação Baixa; $r=0,10-0,29$

Correlação Moderada; $r=0,30-0,49$

Correlação Elevada; $r=0,50-1,0$

Tabela 4

Análise de Regressão Linear Múltipla utilizando o gênero, as experiências traumáticas, percepção de vergonha, como preditoras avaliadas no tempo 1 e os sintomas depressivos, avaliados no tempo 2.

Preditores	r	r ²	F	p	B	T	p
<i>Modelo 1</i>	0,31	0,10	34,25	< 0,001			
Gênero					0,31	5,85	< 0,001
<i>Modelo 2</i>	0,76	0,58	218,29	< 0,001			
Gênero					0,12	3,22	<0,001
OAS-A					0,72	19,06	< 0,001
<i>Modelo 3</i>	0,79	0,63	88,32	< 0,001			
Gênero					0,12	3,33	<0,001
OAS-A					0,63	16,06	<0,001
Abuso Afetivo					0,15	3,38	<0,001
Negligência Emocional					0,10	2,51	0,013
Abuso Sexual					0,12	3,07	0,002
Abuso Físico					-0,06	-1,26	0,21

Nota: OAS-A = Othres As Shamers; r²= regressão linear múltipla; B=valor de beta; T=valor t student

O primeiro bloco da função de regressão contribui com 10% para o total da variância ($r^2 = 0,10$), o segundo bloco contribui com 48,2% ($r^2 = 0,58$), e o terceiro bloco acrescenta 5% ($r^2 = 0,63$).

A função no seu conjunto, constituída pelas vivências de vergonha, os acontecimentos traumáticos, nomeadamente abuso afetivo, abuso sexual e negligência emocional, explica 63% do total dos sintomas depressivos, sendo um modelo preditor significativo.

Quando introduzidos os três blocos, o valor de Beta mais elevado é para a vivência de vergonha ($\beta = 0,63$; $p < 0,001$), seguindo-se o abuso afetivo ($\beta = 0,15$, $p = 0,001$), o gênero ($\beta = 0,12$; $p = 0,001$), depois o abuso sexual ($\beta = 0,12$, $p = 0,002$) e, por último, a variável relativa à negligência emocional ($\beta = 0,10$; $p = 0,013$). Estes resultados indicam-nos que o fato de pertencer ao sexo feminino, experienciar mais vivências de vergonha, e mais experiências traumáticas de abuso afetivo, abuso sexual e de negligência emocional permitem predizer mais sintomas depressivos na adolescência. Mesmo depois de controlado o efeito do gênero e da vergonha, as experiências traumáticas revelam um efeito significativo e independente nos sintomas depressivos.

4. Discussão

A realização do presente estudo pretendeu explorar de que forma as variáveis acontecimentos traumáticos e sentimentos de vergonha estão associadas a sintomas depressivos na adolescência avaliados nos dois tempos (após 6 meses).

Os estudos longitudinais de curta duração que investigam a ocorrência de determinados acontecimentos de vida, neste caso os acontecimentos traumáticos e vivências de vergonha nos adolescentes, são uma boa oportunidade para compreender a psicopatologia depressiva precoce a qual pode influenciar a longo prazo o funcionamento adaptativo do ser humano.

De um modo geral, os resultados corroboraram a hipótese central do poder preditivo da vergonha e do trauma na evolução dos sintomas depressivos a 6 meses.

Numa primeira fase, os resultados evidenciaram a respeito da estabilidade absoluta dos instrumentos de medida, diferenças significativas entre os valores médios do 1º e 2º momento de avaliação para vergonha. No segundo momento de avaliação os participantes evidenciam valores mais elevados de vergonha externa, comparativamente ao primeiro momento. Porém, estes resultados em estudos longitudinais ainda são escassos. Neste sentido, numa recente meta análise constatou-se que a vergonha externa é um dos influentes estimuladores fisiológicos do sistema de ameaça social, de rupturas com a posição social e relações sociais (Balsamo, et al., 2014).

Por sua vez, as variáveis vergonha e trauma no tempo 1 mostraram-se associadas aos sintomas depressivos avaliados 6 meses depois. Por outras palavras, os nossos dados indicam que quanto maior é o nível de vergonha e de acontecimentos traumáticos, maior é o nível de sintomas depressivos aos 6 meses. Estudos sobre a adolescência valorizam esta fase como sendo uma fase crítica, onde ocorrem sucessivas reorganizações qualitativas dentro e entre sistemas biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social que dirigem e redireccionam o curso do desenvolvimento humano (Papalia, et al., 2006). Tendo em conta a literatura, estudos transversais têm confirmado que a vergonha está associada positivamente com a depressão nos jovens (Andrews, et al., 2002; Balsamo, et al., 2014; Muris, et al., 2014).

Crianças que sofreram vários episódios de abuso/mal trato são mais suscetíveis a um maior risco de psicopatologia, formando assim visões e respostas negativas que contribuem para o desenvolvimento de esquemas depressivos (Mandelli, et al., 2015).

Consequentemente, o abuso afectivo e negligência emocional permitiu constatar ao longo de 6 meses uma correlação moderada com os sintomas depressivos. As dinâmicas da

situação abusiva na infância, especificamente na forma de abuso afectivo/emocional ou negligência emocional têm sido progressivamente estudadas em pesquisas transversais e prospetivas, indicando uma forte relação com desenvolvimento de depressão clínica na adolescência, e subsequentemente na vida adulta (Dunn, Melaughlim, Slopen, Rosand & Smoller, 2013; Price, Higa-McMillan & Fruech, 2013 & Infurna, et al., 2015). No entanto, a maior parte da investigação existente enfatiza o abuso sexual (Bonanno, et al., 2002; Mandelli, et al., 2015 & Musliner, et al., 2014) e o abuso físico como fator de risco para depressão em adultos (Liu, et al., 2009; Infurna, et al., 2015). Contudo, na nossa investigação os resultados evidenciaram uma associação baixa.

Como objetivo central procurou-se observar qual o conjunto de variáveis que mais contribui para os sintomas depressivos nos adolescentes. Os resultados mostraram um modelo preditor significativo constituído pelas vivências de vergonha, pelos acontecimentos traumáticos, nomeadamente abuso afectivo, abuso sexual e negligência emocional e pela variável género. Ou seja, pertencer ao sexo feminino, vivências mais elevadas de vergonha e mais experiências adversas, nomeadamente de abuso afectivo, abuso sexual e negligência emocional predizem mais sintomas depressivos 6 meses depois.

Estes resultados são confrontados com literatura internacional que analisou a relação entre os efeitos do abuso durante a infância e os efeitos a médio e longo prazo, sendo esta moderada por diferentes variáveis como tipo de abuso, intensidade, duração e género (Infurna, et al., 2015 & Sousa, et al., 2014). Sentimentos de vergonha estão relacionados com histórias abuso e com várias formas de maus tratos psicológicos (indiferença, rejeição, abandono, negligência, por omissão às necessidades básicas da criança) (Slep, et al., 2011 & Szentágotai-Tátar, 2015), bem como têm-se mostrado preditores de sintomas depressivos (Gibb, 2001). O género também é uma variável preditora considerada na maioria das investigações como preditora de depressão, uma vez que, existem diferenças na prevalência e manifestação de sintomas depressivos entre o género, no início da adolescência (English, Widom & Brandford, 2004 & Rosso, et al., 2014). Estudos longitudinais demonstram que exposição a um único tipo de mau trato, bem como vários tipos está relacionada com o aumento da internalização e externalização de comportamentos na infância e adolescência (Moylan, et al., 2010).

O facto destes dados terem sido obtidos recorrendo a um desenho longitudinal e prospectivo vem reforçar a ideia que variáveis preditoras (eventos traumáticos e vivências de vergonha) são importantes antecedentes dos sintomas depressivos.

5. Limitações, Pesquisas Futuras, Conclusão

Uma limitação importante deste estudo refere-se a falta de estudos longitudinais, nomeadamente da variável vergonha que permitam uma comparação dos resultados.

O critério de avaliação recorreu-se apenas a uma classificação dimensional: o uso de instrumentos de auto-relato.

Os participantes foram amostrados em ambiente não-clínico e a morosidade em responder aos questionários pode enviesar os resultados. Perda selectiva de sujeitos da amostra.

Seria pertinente em futuras pesquisas científicas a replicação deste estudo com uma amostra clínica e com a utilização de entrevistas clínicas estruturadas, tendo assim uma avaliação mais conclusiva.

Uma outra questão importante era a realização de estudos longitudinais no ambiente familiar com estas três variáveis. O papel da família e em particular dos pais, destaca-se como uma componente fundamental no contexto ambiental e precoce da criança, constituindo-se deste modo, as interacções e transacções recíprocas entre pais e criança como a base do seu desenvolvimento.

A presente investigação contribuiu para a compreensão do desenvolvimento ao longo de 6 meses da sintomatologia depressiva numa população comunitária e de variáveis envolventes neste fenómeno, em adolescentes entre os 12 e os 18 anos.

A exposição a acontecimentos traumáticos significativos, tal como vivências de vergonha durante a fase da adolescência realça a importância dos contextos socio-culturais nos quais se processa o desenvolvimento humano. Adicionalmente, com a metodologia utilizada, destacou-se o impacto das experiências precoces (acontecimentos traumáticos e sentimentos de vergonha) na sintomatologia depressiva nos adolescentes, a qual pode persistir até à idade adulta.

Estes dados reforçam a necessidade de desenvolver programas desenvolvimentais específicos, como por exemplo, programas de prevenção e intervenção que permitam minimizar ou melhorar as adversidades na infância.

6. Referências Bibliográficas

- Alberto, I. (2006). *Maltrato e Trauma na infância*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., Sebastian, H. C. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience, 15*, 11–25. doi: 10.1016/j.dcn.2015.07.006.
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, D. J. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 29–42. doi: 10.1348/014466502163778.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria (Rio J), 78(5)*, 359-66.
- Balsamo, M., Macchia, A., Carlucci, L., Picconi, L., Tommasi, M., Gilbert, P. & Saggin, A. (2014). Measurement of external shame: An Inside View. *Journal of Personality Assessment, 1-9*. doi: 10.1080/00223891.2014.947650
- Bennett, S. D., Sullivan, W. M. & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment, 10(4)*, 311-323. doi: 10.1177/1077559505278619.
- Bennett, S. D., Lewis, M. & Sullivan, W. M. (2010). Neglect children, shame-proneness and depressive symptoms. *Child Maltreatment, 15*, 305. doi: 10.1177/1077559510379634.
- Bockers, E., Roepke, S., Michael, L., Renneberg, B. & Knaevelsrud, C. (2014). Risk recognition, attachment anxiety, self-efficacy, and state dissociation predict revictimization. *PLoS ONE, 9(9)*. doi:10.1371/journal.pone.0108206.
- Bonanno, A. G., LeJune, J., Kelther, D., Noll, J. G., Patnam, W. F. & Trickett, K. P. (2002). When the face reveals what words do facial expressions of emotion, smiling, and the willingness to disclose childhood sexual abuse. *Journal of Personality and Social Psychology, 83(1)*, 94-110. doi: 10.1037//0022-3514.83.1.94.
- Bernstein, D., Stein, J., Michael, D., Newcomb, 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(2)*, 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0.
- Charak, R. & Koot, M. H. (2014). Abuse and neglect in adolescents of Jammu, India: The role of gender, family structure, and parental education. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 590–598. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.006.

- Charak, R. & Koot, M. H. (2015). Severity of maltreatment and personality pathology in adolescents of Jammu, India: A latent class approach. *Child Abuse & Neglect*. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.006
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, XXII(4), 667-675. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a02.pdf>.
- Cohen, A. J. & Mannarino, P. A. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural. therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158–162. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x.
- Cowen, S. L. (2014). A meta-Analysis of school-based depression prevention programs for children and adolescents. *All Theses and Dissertations*. Acedido em: <http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4969&context=etd>.
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D. & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: the mediator effect of shame. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 203-218. Acedido em: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num2/327/shame-memories-and-psychopathology-in-adolescence-EN.pdf>.
- Damásio, A. (2010). *Livro da Consciência: A construção do cérebro consciente*. Temas e debates: Círculo de leitores.
- Damásio, A. (2001). *Sentimento de Si. Corpo, Emoção e Consciência*. Edição Revista e actualizada. Temas e debates: Círculo de Leitores.
- Dunn, E.C., Melaughlim, K.A., Slopen, N., Rosand, J & Smoller, J.W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Depress Anxiety*, 30(10). doi:10.1002/da.22102.
- English, D., Widom, C., & Brandford, C. (2004). Another look at the effects of child abuse. *National Institute of Justice Journal*, 251, 23-24. Acedido em: <http://www.theactgroup.com.au/documents/EffectsofChildAbuseandNeglectforChildrenandAdolescents.pdf>.
- Feiring, C. (2005). Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreatment*, 10(4), 307-310. doi: 10.1177/1077559505281307.
- Firth, T. M. (2013). Childhood abuse and depressive vulnerability in clients with gender dysphoria. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*. doi: 10.1080/14733145.2013.845236.

- Garnefski, N., Kraaij, V., Van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619–631. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.009.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L., & Pezzi, J. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2) 249-255. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28529.pdf>
- Gregorowski, C. & Seedat, S. (2013). Addressing childhood trauma in a developmental context. *Journal of Child e Adolescent Mental Health*, 25(2), 105-118. doi: 10.2989/17280583.2013.795154.
- Gibb, B.E., Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Rose, D.T., Whitehouse, W.G., Donovan, P.,...Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, depressogenic cognitive style, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 425-446. Acedido em: <http://sites.temple.edu/moodandcognitionlab/files/2014/01/Gibb-et-al.-2001a.pdf>.
- Gibb, E. B. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles. A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 22, 223–246. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00088-5.
- Gilbert, P. (2002). Understanding the biopsychosocial approach: 1. *Conceptualisation*. *Clinical Psychology*, 14, 13-17. Acedido em: <http://www.critpsynet.freeuk.com/Gilbert.htm>.
- Gilbert, E. K. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 467–481. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.005.
- Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J. & Leeson, P. (2009). The longitudinal links between shame and increasing hostility during adolescence. *Personality and Individual Differences*, 47, 841-844. doi:10.1016/j.paid.2009.07.002.
- Hejdenberg, J & Andrews, B. (2011). The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Personality and Individual Differences*, 50, 1278–1282. doi:10.1016/j.paid.2011.02.024.
- Hopwood, J. C., Ansell, B. E., Fehon, C. D. & Grilo, M. C. (2011). The mediational significance of negative/depressive affect in the relationship of childhood maltreatment and eating disorder features in adolescent psychiatric inpatients. *Eat*

- Weight Disord.* 16(1), 9–16. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646630/pdf/nihms-466519.pdf>.
- Jackson, M. A., Kissom, N. & Greene, C. (2015). Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 45, 58-70. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.02.001.
 - Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K. & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clin Psychol Rev.* 28(5), 759– 782. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.006.
 - Kim, J & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Dev.* 77(3), 624–639. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00894.x.
 - Kim, J., Talbot, L.N. & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current family conflict: The Role of Shame. *Child Abuse Negl.* 33(6), 362–371. doi:10.1016/j.chiabu.2008.10.003.
 - Liu, T. R., Alloy, B. L. & Whitehouse, G. W. (2009). Emotional maltreatment and depression: prospective prediction of depressive episodes. *Depress Anxiety*, 26(2), 174-181. doi:10.1002/da.20545.
 - Lopes, B., Pinto-Gouveia, J. & Castilho, P. (2005). Portuguese version of the Others as Shamer Scale. Unpublishe manuscript.
 - Magalhães, T. (2005). *Maus-Tratos em crianças e Jovens*. (4ª Ed.). Lisboa: Quarteto.
 - Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.007.
 - Mannarino, P. A. & Cohen, A. J. (2011). Traumatic loss in children and adolescents. *Journal of Child e Adolescent Trauma*, 4(1), 22-33. doi: 10.1080/19361521.2011.545048.
 - Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ªed.)*. Pero Pinheiro: Reboot Number.
 - Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312. doi: 10.1002/cpp.659.
 - Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2012). When I don't like myself: portuguese version of the internalized shame scale. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1411-1423. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39425.

- Matos, M., Pinto-Gouveia. & Duarte, C. (2013). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: the mediating role of shame on depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 479–493. doi: 10.1017/S1352465812001099.
- Matos, M. & Pinto-Gouveia. (2014). Shamed by a parent or by others: the role of attachment in shame memories relation to depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 217-244. Acedido em: <http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/385/shamed-by-a-parent-or-by-others-the-role-EN.pdf>.
- Mills, R. S. I. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25, 26-63. doi:10.1016/j.dr.2004.08.001.
- Molnar, E. B., Buka, L. S. & Kessler, C. R. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology results from the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91(5). Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446666/pdf/11344883.pdf>.
- Monteiro, S., Matos, A. & Oliveira, S. (2015). The moderating effect of gender: Traumatic experiences and depression in adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 251 – 259. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.629.
- Mostoufi, S., Strachan, E., Chopko, L., Succop, A., Martinez, B., Ahumada, S.M. & Afari, N. (2013). Adverse childhood experiences, health perception, and the role of shared familial factors in adult twins. *Child Abuse Negl.* 37(11), 910–916. doi:10.1016/j.chiabu.2013.06.005.
- Morrison, D. & Gilbert, P. (2001). Social rank, shame and anger in primary and secondary psychopaths. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 12(2), 330-356. doi: 10.1080/09585180110056867.
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal Familiar Violence*, 25(1), 53–63. doi:10.1007/s10896-009-9269-9.
- Muris, P., Meesters, C., Heijmans, J., Hulten, V. S., Kaanem, L., Oerlemans, B., Stikkelbroeck, T. & Tieleman, T. (2015). Lack of guilt, guilt, and shame: a multi-informant study on the relations between self-conscious emotions and

- psychopathology in clinically referred children and adolescents. *Child Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-015-0749-6.
- Musliner, L.K. & Singer, B.J. (2014) Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 38(8), 1331–1340. doi:10.1016/j.chiabu.2014.01.016.
 - Muris, P. & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other. On the developmental psychopathology of selfconscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 19-40. doi:10.1007/s10567-013-0137-z.
 - Negrao, C., Bonanno, A. G., Noll, G. J., Putnam, W. F. & Trickett, K. P. (2005) Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment*, 10(4), 350-363. doi: 10.1177/1077559505279366.
 - Papalia, E. D., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Artmed. Acedido em: http://www.academia.edu/7170304/Diane_E._Papalia_Desenvolvimento_Humano_PD.
 - Pallan, J. (2013). *A step by step guide to data analysis using IBM SPSS – Survival Manual*. 5th edition. England: McGraw-Hill Company.
 - Piquart, M., Shen, Y. & Psych, C. (2010). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 375–384. doi:10.1093/jpepsy/jsq104.
 - Price, M., Higa-McMillan, C., Kim, S. Fruech, C. (2013). Trauma experience in children and adolescents: An assessment of the effects of trauma type and role of interpersonal proximity. *Journal of Anxiety Disorders*. 652–660. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.07.009.
 - Rosso, A., Beber, S., Bianco, F., Gregorio, D. D., Paolo, D. M., Lauriola, L. A., Morbidelli, M. ... & Basile, B. (2014). La Vergogna in Psicopatologia. *Cognitivismo Clinico*, 11(1), 27-61. Acedido em: <http://www.fioriti.it/riviste/pdf/2/14-1DelRossoweb.pdf>
 - Rubeis, S. & Hollensteins, T. (2008). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 46, 477–482. doi:10.1016/j.paid.2008.11.019.

- Slep, A. M. S., Heyman, R. E. & Snarr, J. D. (2011). Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 35, 783–796. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.07.002.
- Spann, M. N., Mays, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., Mazure, M. C., Sinha, R. & Blumberg, P. H. (2011). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology*. 1–8. doi: 10.1080/09297049.2011.595400.
- Sperry, M. D. & Widom, S. C. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*. 415–425. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.006.
- Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., Tajima, E. A., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2011). Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal Interpers Violence*, 26(1), 111–136. doi:10.1177/0886260510362883.
- Stuewing, J. & McCloskey, A. L. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4), 324-336. doi: 10.1177/1077559505279308.
- Stuewig, J., Tangney, P. J., Kendall, S., Folk, B. J., Meyer, R. C. & Dearing, L. R. (2015). Children's proneness to shame and guilt predict risk and illegal behaviors in young adulthood. *Child Psychiatry Hum Dev*. 46, 217–227. doi: 10.1007/s10578-014-0467-1
- Szentágotai-Táttar, A., Chis, A., Vulturar, R., Dobrean, A., Căndea, D. M. & Miu, A. C. (2015). Shame and guilt-proneness in adolescents: gene-environment interactions. *PLoS ONE*, 10(7), e0134716. doi:10.1371/journal.pone.0134716.
- Tilghman-Osborne, C., Cole, A.D., Felton, W.J. & Ciesla, A.J., (2008). Relation of guilt, shame, behavioral and characterological self-blame to depressive symptoms in adolescents Over Time. *J Soc Clin Psychol*. 27(8), 809–842. doi:10.1521/jscp.2008.27.8.809.
- Tolchinsky, A. (2014). Acute trauma in adulthood in the context of childhood traumatic experience. *Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*. doi:10.1080/15294145.2014.963645.