



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**ISOLAMENTO SOCIAL E INDICADORES DE DEPRESSÃO EM
ADOLESCENTES: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Maria Emília Barata Mendes Cabaço

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ DOS SANTOS

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António José dos Santos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos

Ao ISPA, que num momento muito difícil da minha vida, quando a nível de trabalho tudo se desmoronou, tornou possível realizar o sonho e começar um novo caminho com esperança, alegria e trabalho.

Este trabalho é o resultado do empenho, dedicação, confiança e disponibilidade de muitas pessoas. Quero agradecer a cada uma delas em todas as páginas.

Agradeço a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, referindo muito especialmente:

O meu orientador, Professor Doutor António José dos Santos, pela sua influência determinante, pela autonomia, liberdade e ajuda que sempre soube proporcionar e, sobretudo, por ter sido capaz de potenciar o meu crescimento profissional e pessoal mais do que qualquer agradecimento pode expressar.

À Professora Olívia Ribeiro pelas conversas sobre os mais variados temas, pela ajuda, compreensão, carinho e confiança que depositou em mim; e principalmente pela disponibilidade infinita.

A todos os que se disponibilizaram para participar neste estudo, tornando-o possível.

Aos colegas do seminário de dissertação, pela partilha de conhecimentos e inquietações.

Aos meus amigos e em particular as minhas amigas Ana Isabel, Carla, Marina e Ana pela sua presença, ajuda e incentivo.

À minha família.

Aos meus pais pelo infinito suporte.

À Carolina e Leonor pelo sorriso, ternura, felicidade e força que trazem à minha vida.

Ao Salvador pelo amor, amizade, respeito, companheirismo, motivação e segurança que tornaram o sonho realidade.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo verificar a relação que existe entre o isolamento social e indicadores de sintomatologia depressiva numa perspetiva longitudinal. Pretende analisar-se a associação que existe entre o comportamento de jovens adolescentes que se removem (recorrente e consistentemente) de interações sociais com os pares e a ocorrência de perturbações internalizadas, concretamente indicadores depressivos. Foi utilizada uma amostra de 252 sujeitos, entre os 11 e 15 anos. Só foram incluídos no grupo experimental (retraídos sociais) os sujeitos que foram, em dois anos consecutivos, considerados pelos seus colegas como retraídos socialmente. Os dados foram recolhidos através do E.C.P. – que permite aceder à avaliação que os pares fazem do funcionamento e a reputação social dos colegas – e o C.D.I. – que é uma escala de autoavaliação da depressão. Os resultados mostram que os adolescentes socialmente retraídos são mais excluídos, mais retirados/rejeitados e mais vitimizados do que os sujeitos do grupo de controlo. Também diferem significativamente do grupo de controlo relativamente à presença de sintomatologia depressiva. Estes resultados estão de acordo com a literatura, refletindo as consequências negativas do retraimento social e mostrando que a persistência deste comportamento (dois anos consecutivos) pode conduzir a patologia, nomeadamente, depressiva.

Palavras chave: Isolamento Social, Depressão, Adolescência

ABSTRACT

The present study aims to examine the relationship between social isolation and indicators of depressive symptomatology, in a longitudinal perspective. Intends to analyze the association that exists between the behavior of young adolescents who are removed (recurrent and consistently) from social interactions with peers and the occurrence of internalizing disorders, specifically depression indicators. A sample of 252 subjects, aged 11 to 15 years was used. Only adolescents who were considered by his peers as socially withdrawn, in two consecutive years, were included in the experimental group (social withdrawal). Data were collected through E.C.P. – with allows to access the evaluation that peers make of the social functioning and social reputation of their colleagues - and the CDI - which is a scale of self-rated depression. The results show that adolescents socially withdrawn are more excluded, more withdrawn / rejected and victimized more than subjects in the control group. Also differ significantly from the control group for the presence of depressive symptoms. These results are in agreement with the literature, reflecting on the negative consequences of social withdrawal and showing that the persistence of this behavior (two consecutive years) can lead to psychopathology, particularly depression.

Key-words: Social isolation, Depression, Adolescence

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUÇÃO | 1 |
| II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 3 |
| II.1. Definição de Retirada Social | 3 |
| II.1.1. Retraimento social | 3 |
| II.1.2. Desinteresse social | 4 |
| II.1.3. Evitamento social | 4 |
| II.2. Depressão | 6 |
| II.2.1. Características da depressão | 6 |
| II.2.1.1. Sintomatologia e dificuldades | 6 |
| II.3. Diferentes perspectivas teóricas sobre a depressão | 9 |
| II.3.1. Modelo Cognitivo | 9 |
| II.3.2. Modelo Comportamental | 11 |
| II.3.3. Modelo Psicanalítico | 12 |
| II.3.4. Modelo Bioquímico | 14 |
| II.4. A depressão na criança e no adolescente | 16 |
| III. PROBLEMÁTICA | 19 |
| III.1. Objetivo do estudo | 21 |
| IV. MÉTODO | 22 |
| IV.1. Participantes | 22 |
| IV.2. Instrumentos e Procedimentos de Investigação | 22 |
| IV.2.1. Isolamento social | 22 |
| IV.2.2. Depressão | 24 |
| IV.3. Procedimento | 26 |
| V. ANALISE DOS RESULTADOS | 28 |
| V.1. Classificação dos adolescentes retraídos e os do grupo de controlo | 28 |
| V.2. Relação entre as dimensões do ECP | 28 |
| V.3. Relação entre as dimensões da sintomatologia depressiva (CDI) | 29 |
| V.4. Relação entre o funcionamento social dos adolescentes (ECP) e a sintomatologia depressiva (CDI) | 30 |
| V.5. O retraimento social e a sintomatologia depressiva | 31 |

| | |
|--|----|
| V.6. Diferença de resultados em função dos grupos e do sexo relativamente à reputação social | 32 |
| V.7. Diferença de resultados em função dos grupos e do sexo relativamente à sintomatologia depressiva..... | 34 |
| VI. DISCUSSÃO..... | 36 |
| VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 39 |
| VII. ANEXOS | 49 |

Índice de Tabelas.

| | |
|--|----|
| <i>Tabela 1: Fiabilidade do Extended Class Play.....</i> | 24 |
| <i>Tabela 2: Correlações entre as dimensões do ECP.....</i> | 29 |
| <i>Tabela 3: Correlações entre as dimensões do CDI.....</i> | 30 |
| <i>Tabela 4: Correlações entre as dimensões do ECP e do CDI.....</i> | 30 |

Índice de Figuras.

| | |
|--|----|
| <i>Figura 1: Médias da Timidez / Retirada social em função do grupo e do sexo.....</i> | 33 |
| <i>Figura 2: Médias da Exclusão em função do grupo e do sexo.....</i> | 33 |
| <i>Figura 3: Médias do Comportamento pró-social em função do grupo e do sexo....</i> | 33 |
| <i>Figura 4: Médias da Sociabilidade / Popularidade em função do grupo e do sexo.</i> | 33 |
| <i>Figura 5: Médias da Vitimização em função do grupo e do sexo.....</i> | 33 |
| <i>Figura 6: Médias dos Problemas interpessoais em função do grupo e do sexo.....</i> | 34 |
| <i>Figura 7: Médias da Ineficácia em função do grupo e do sexo.....</i> | 34 |
| <i>Figura 8: Médias da Anedonia em função do grupo e do sexo.....</i> | 35 |
| <i>Figura 9: Médias do score total do CDI em função do grupo e do sexo.....</i> | 35 |

I. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase caracterizada por grandes mudanças, que ocorrem a vários níveis. Os três principais acontecimentos que caracterizam esta fase são: a transformação do corpo; adaptação e aceitação do mesmo e a conquista de autonomia relativamente aos pais. Relativamente a este último aspecto, ele não significa que os pais deixem de ser figuras importantes e tem como consequência a aproximação ao grupo de pares, um movimento fundamental para o processo de identificação do adolescente.

A literatura tem atestado, a importância que as interações e relações com pares — particularmente as de amizade e com o grupo — assumem no desenvolvimento e bem-estar psicossocial dos indivíduos. Deste modo, surgiu o interesse por aqueles sujeitos que, devido ao medo, à ansiedade e à timidez, se retiravam da interação com os pares, perdendo, assim, todos os benefícios individuais, sociais, cognitivos e emocionais que lhe estão associados.

Assim, o estudo do fenómeno da retirada social — isto é, da remoção promovida pelos próprios sujeitos da interação com os pares, de forma recorrente e consistente ao longo de diferentes situações, contextos e tempo,— tem assistido a um crescimento exponencial ao longo das últimas quatro décadas.

Mais recentemente tem-se procurado, igualmente, averiguar como as relações sociais poderão ser fatores protetores e/ ou de risco nas trajetórias desenvolvimentais destas crianças e jovens. Este é um dado que não deixa de ser interessante, na medida em que é um período em que as relações sociais — especificamente ser aceite pelo grupo de pares e ter amigos se tornam particularmente importantes e influentes no bom desenvolvimento dos sujeitos. Efetivamente, o sentido de inclusão e pertença, assim como a intimidade, afeto, validação e segurança emocional que estas relações proporcionam são fundamentais para a aprendizagem de uma série de competências e para a concretização das tarefas desenvolvimentais específicas da adolescência, concretamente a adaptação a um novo corpo púbere, a conquista de uma maior autonomia face aos pais ou a formação de uma identidade e autoconceito positivos.

Deste modo, é nosso objetivo estudar o fenómeno do isolamento social e indicadores de depressão numa amostra de adolescentes portugueses.

Várias são as concepções teóricas acerca da depressão, umas colocando mais ênfase nos fatores externos, no adquirido, nos acontecimentos de vida, nos processos e distorções cognitivas, outras com um maior empenhamento num conhecimento mais profundo, na

compreensão da dinâmica intrapsíquica e um acento privilegiado na relação objectal. De qualquer das formas, a depressão parece efectivamente tratar-se de uma problemática complexa a nível psicológico, que se pode manifestar em qualquer idade e para a qual contribuem inúmeros factores, tais como os biológicos, os sociais, familiares, contextuais, etc.. Esta problemática pode ser mais ou menos influenciada ou desencadeada pela conjugação de vários factores e com repercussões a vários níveis, emocional e afectivo, vegetativo e somático, processos cognitivos e resultados escolares, relacional, etc.

Trata-se efectivamente de um problema grave e com consequências imprevisíveis, constituindo um motivo suficientemente forte para que lhe seja dada a devida atenção.

A importância de um diagnóstico precoce será, pois fundamental, até como forma de obviar em termos de consequências no desenvolvimento e integração social dos indivíduos. É no sentido, de pelo menos tentar clarificar um pouco melhor este fenómeno, que se procedeu a realização deste trabalho.

Assim, o nosso trabalho começará com uma revisão da principal literatura existente sobre este domínio, descrevendo quando, porquê e em que bases teóricas, assentou o estudo desta problemática. Depois, definiremos retraimento social e depressão enquanto constructo complexo e multidimensional, especificando como os vamos conceptualizar e operacionalizar.

Apontaremos igualmente aqueles que têm sido os instrumentos mais utilizados na sua avaliação, as consequências desenvolvimentais que lhe têm sido associadas — a nível individual, escolar e, sobretudo, social —, assim como os principais factores protetores e/ ou de risco nas trajetórias desenvolvimentais destes sujeitos. Culminaremos esta secção com a clarificação da pertinência e objetivos do nosso estudo, levantando igualmente hipóteses quanto a possíveis resultados, de acordo com a literatura revista.

Procuraremos uma discussão teórica e empírica destes resultados, bem como uma leitura integrada dos mesmos, confrontando-os com os apresentados pela literatura.

Como nenhuma investigação decorre sem limitações, faremos uma reflexão sobre as nossas, sugerindo igualmente possíveis formas de as ultrapassar. Por último, levantaremos uma série de novas questões que consideramos relevantes de serem averiguadas no futuro, de modo a que possa almejar-se uma melhor compreensão do fenómeno de retraimento social e indicadores de depressão na adolescência na realidade portuguesa.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

II.1. Definição de Retirada Social

Com base nesta questão que orientou toda a investigação realizada no âmbito do Waterloo Longitudinal Project, o primeiro desafio que se colocou foi definir, de forma concreta e objetiva, o que se entendia por retirada social, tanto ao nível da nomenclatura a utilizar — na medida em que os termos “retirada social”, “isolamento”, “timidez”, “inibição” ou “renitência social” eram usados indistintamente para representar um mesmo fenómeno —, como a nível conceptual (Coplan & Rubin, 2008).

Por outro lado, questionava-se ainda se todos os sujeitos que se mantêm à margem do grupo de pares poderiam ser considerados iguais, isto é: teriam todos os mesmos comportamentos? E os mesmos motivos ou fatores desencadeantes para esta falta de interação social? E o mesmo funcionamento e riscos de futuro desajustamento psicossocial?

Há uma importante distinção entre os fenómenos do isolamento ativo e o da retirada social. Assim, o isolamento ativo remete para o processo segundo o qual os sujeitos são mantidos à margem do grupo porque os pares não querem interagir com eles, ou seja, é o próprio grupo de pares que rejeita/exclui o sujeito, provavelmente devido aos seus comportamentos sociais desadequados — como a imaturidade, a agressividade ou a impulsividade.

Já a Retirada Social refere-se ao processo pelo qual é o próprio sujeito que se isola e retira da interação com o grupo de pares, de forma recorrente e consistente ao longo de diferentes situações, contextos e tempo.

Apesar desta definição genérica, o conceito de Retirada Social é complexo e multifacetado, encerrando diferentes definições, causas e motivações para a inexistência de interação social, bem como diferentes trajetórias de adaptação psicossocial.

A retirada social, nas suas três faces distintas: o retraimento, o desinteresse e o evitamento social.

II.1.1. Retraimento social

Recorrendo à mesma linha de pensamento, estes sujeitos caracterizar-se-iam por terem elevadas motivações de aproximação e evitamento, ou seja, por quererem muito interagir com os outros, mas, paradoxalmente, evitarem-no fortemente (Asendorpf, 1990; 1993; Rubin & Coplan, 2004), de modo a conseguir reduzir a timidez, a ansiedade e o medo

de poderem vir a ser rejeitados ou avaliados negativamente (Rubin & Burgess, 2001). Ao fazê-lo, perdem oportunidades para desenvolver cognições e competências sociais adequadas, ficando crescentemente ansiosos e desconfortáveis na presença dos pares (Rubin & Burgess, 2001).

II.1.2.Desinteresse social

Por outro lado, existem também aqueles sujeitos que revelam uma baixa motivação para socializar com os outros (habitualmente porque preferem atividades solitárias), mas, ao contrário dos primeiros, não a evitam, se considerarem a proposta de interação suficientemente atrativa e interessante (Asendorpf, 1990; Coplan, Prakash, O'Neil, & Armer, 2004). Ou seja, são indivíduos com baixas motivações de aproximação, mas também de evitamento que, quando optam por interagir com os outros, revelam competências sociais adequadas (Asendorpf, 1990; Coplan et al., 2004).

Habitualmente designada por "Unsociability" (Asendorpf, 1993) ou "Social Disinterest" (Coplan et al., 2004), esta forma de retirada social não só é facilmente distinguida do retraimento social por pais, professores e colegas (i.e. Coplan et al., 2004; Arbeau & Coplan, 2007; Coplan, Girardi, Findlay, & Frohlick, 2007), como não parece estar associada a dificuldades de ajustamento socio-emocional na infância (Harrist et al., 1997; Rubin & Asendorpf, 1993), idade escolar (i.e., Coplan & Weeks, 2010) ou adolescência (i.e., Bowker & Raja 2011). Alguns autores têm proposto que as razões para estes sujeitos não apresentarem os riscos comumente associados à solidão são, não só o facto de conseguirem ter a quantidade e qualidade suficiente de interações com os pares (Bowker & Raja 2011), como também não exibirem sinais visíveis de ansiedade ou medo (i.e. Coplan & Weeks, 2010).

II.1.3.Evitamento social

Finalmente, seriam incluídos na terceira face da retirada social todos os sujeitos que, não só preferissem a solidão — isto é, com baixa motivação de aproximação —, como evitassem ativa e fortemente qualquer interação com os pares, sem revelar nenhum dos sinais de ambivalência exibidos pelos retraídos (Asendorpf, 1990).

Asendorpf (1990) especulou que estas crianças estariam em grande risco de desajustamento social e emocional, mas poucos são os estudos que têm incidido sobre o evitamento social. Ainda assim, Coplan, Wilson, Frohlick, & Zelenski (2006) relataram que

estes sujeitos eram os que apresentavam maior afeto negativo e mais sintomas depressivos, bem como os menores níveis de afeto positivo e bem-estar psicológico.

Uma série de estudos realizados em diferentes culturas (ocidentais e orientais) têm atestado empiricamente que o constructo da retirada social é, de facto, lato, complexo e multidimensional, tanto na infância como na adolescência (i.e., Bowker & Raja 2011; Coplan et al. 2004; Coplan & Weeks, 2010; Kim, Rapee, Oh, & Moon, 2008), no sentido em que poderá ser consequência de diferentes razões — medo e ansiedade, baixa motivação de aproximação aos outros e preferência por estar só, ou, ainda, forte evitamento de qualquer interação com os pares —, com cada uma destas diferentes faces a associar-se a diferentes riscos e trajetórias desenvolvimentais (i.e., Coplan & Armer 2007; Bowker & Raja 2011). Contudo, a grande maioria dos instrumentos de avaliação disponíveis não permite a diferenciação entre estes diferentes tipos de retirada social, operacionalizando-a apenas como a remoção própria, recorrente e continuada da interação com o grupo de pares, independentemente da motivação subjacente (Rubin, 1982; Rubin & Asendorpf, 1993; Rubin & Coplan, 2004; Rubin et al., 2009).

Estudos recentes efetuados em Portugal relativamente ao Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes (Débora Ferreira, António J. Santos, Olívia Ribeiro, Miguel Freitas, João V. Correia, Kenneth Rubin, 2013), estudo este que teve como objetivo verificar os sentimentos de solidão expressos por adolescentes isolados-retraídos e isolados-agressivos; e ainda, verificar se existiam e como se manifestavam as diferenças em função do sexo relativamente a esse sentimento quer para os adolescentes isolados-retraídos, quer para os isolados-agressivos. Os resultados evidenciaram um menor nível de integração com os pares nos adolescentes isolados-retraídos, comparativamente com os do grupo de controlo. Relativamente á intimidade com os pares verificou-se que os jovens isolados-retraídos apresentam níveis significativamente inferiores de intimidade por comparação com os do grupo de controlo. Considerando as diferenças em função do sexo, verificou-se que as raparigas se consideram significativamente mais íntimas com os seus pares do que os rapazes.

Ainda um estudo mais recente também em Portugal sobre as relações entre pares de jovens adolescentes socialmente retirados (João Carlos Verdelho Correia, 2013), "verificou-se no que diz respeito às relações sociais, que os jovens socialmente retirados eram descritos pelos pares como sendo significativamente mais isolados, excluídos e vitimizados, mas também mais prosociais do que os seus colegas. Por outro lado, não diferiam destes no número, nem na qualidade de amizade relatada, ainda que tendessem a ter amigos

significativamente mais isolados e excluídos, bem como menos agressivos do que os adolescentes do grupo de controlo. Finalmente, observámos que os adolescentes, que no decurso de um ano deixam de ser considerados pelos pares como retirados, são significativamente menos retirados e excluídos num segundo momento avaliativo do que os que continuam ou passam a sê-lo, mesmo controlando os níveis iniciais destas dimensões. Por outro lado, os sujeitos sem amigos em nenhum dos momentos avaliativos considerados são mais excluídos e vitimizados, bem como menos prosociais do que os que têm sempre um amigo recíproco. “

II.2.Depressão

Apesar da depressão desde sempre, ter preocupado o Homem, foi no que se refere aos adolescentes durante muitíssimo tempo ignorada.

II.2.1.Características da depressão

II.2.1.1.Sintomatologia e dificuldades de operacionalização

Ao abordarmos a depressão, constatamos que esta pode ter como origem uma enorme variedade de causas, manifestar-se de diferentes formas e apresentar vários quadros clínicos. É assim um quadro de complexidade variável, podendo apresentar sintomas psíquicos e somáticos, respeitantes a situações psicofisiológicas e clinicas diversas. Estima-se que mais de metade da população mundial padece desta patologia e que é mais predominante no sexo feminino.

Para Bums & Beck, (1978); Cantwell, (1990), no síndrome depressivo, as três manifestações fundamentais são a alteração dos afectos, a lentificação psicomotora e a auto desvalorização. Ou seja, para além de um complexo conjunto de elementos ligados ao afecto, a depressão compreende todo um leque de sintomas específicos nos campos cognitivo, motivacional, comportamental e vegetativo.

Também Lefkowitz e Tessiny (1980) referem que a depressão é um estado caracterizado por uma diminuição da felicidade e da capacidade em obter experiências gratificantes. Nesta forma de funcionamento podem estar abrangidas quatro áreas distintas: a afectiva, a motivacional, a cognitiva, e a vegetativa. Assim, descrevem-se como pertença de uma listagem sintomática depressiva, comportamentos como: dificuldades de concentração, irritabilidade, inactividade, isolamento social, ideação suicidam, entre outros. Apesar de a tristeza constituir o afecto nuclear, podem emergir outros estados emocionais secundários como a ansiedade, irritabilidade e mesmo a hostilidade. A expressão

fisionômica é normalmente caracterizada por um olhar triste e mortiço, uma expressão abatida que denota sofrimento e falta de esperança. Na base da depressão como perturbação afectiva que é, está o humor depressivo, em que há uma tristeza profunda que vai afectar o individuo a nível do seu relacionamento intra pessoal, dada a sua auto desvalorização e abaixamento da auto-estima, e interpessoal pelo modo como se relaciona com tudo aquilo que o rodeia.

No que diz respeito a forma de pensar do deprimido, Beck (1976), refere que esta se caracteriza por: expectativas negativas, auto depreciação, desânimo e falta de esperança, imagens negativas e distorcidas de si, do mundo em geral e do futuro.

Nos indivíduos deprimidos esta presente um desânimo e incapacidade, que ocupam um lugar privilegiado no seu pensamento podendo em casos mais graves conduzir a ideias delirantes em que tudo gira a volta da culpa, da ruina e hipocondria (Vallejo, 1991). A sua tendência para evocar as experiências negativas leva a que a memória esteja em défice, processando-se o pensamento lentamente, o que se reflecte ao nível do próprio discurso, um discurso perturbado com conteúdos de uma tonalidade afectiva negativa. Também do ponto de vista cognitivo há uma diminuição da atenção e concentração, dada a falta de energia vital para a realização de tarefas específicas com clareza e eficácia. Qualquer tarefa pode envolver um esforço excessivo sentindo-se o individuo cansado mesmo antes de a iniciar. A par desta fadiga intensa, a sensação de fraqueza e o nervosismo, são também frequentes outras repercussões fisiológicas como a perda de peso, cefaleias, amenorreia, alteração dos padrões de sono, perda de apetite e diminuição da apetência sexual.

Os sujeitos deprimidos têm tendência a menosprezar as suas capacidades e sucessos, realçando os aspectos negativos das suas vivências. Mas também pode acontecer que o síndrome depressivo: sentimento de tristeza; lentificação e inibição psicomotora; auto-desvalorização; baixa auto estima e baixo auto conceito; alterne com a síndrome maníaca: exaltação do humor; aceleração psicomotora; sentimentos desadequados de auto valorização; valorização grandiosa de si; auto estima elevada. As defesas maníacas, numa perspectiva dinâmica são a manifestação inversa da depressividade. São defesas contra o afecto depressivo, originadas por uma depressão marcada.

Há que atender as características próprias da depressão como perturbação do humor e as dificuldades encontradas em estabelecer a fronteira do que se situa entre os polos da tristeza esperada enquanto forma reactiva a situações de perda e acontecimentos difíceis (forma transitória e esperada), e a depressão clinica propriamente dita com caracter

patológico. Para Kashani & Simons, (1979), o humor depressivo parece ser muito comum nas populações escolares ditas normais.

O humor é um afecto básico, que oscila entre dois polos: a alegria e a tristeza. Representa os aspectos anímicos do funcionamento mental e traduz a adaptação activa do sujeito ao meio exterior.

A este respeito Bowlby (1985), refere que a depressão pode ser um estado de espírito vivido ocasionalmente pela maioria das pessoas como consequência de uma desorganização momentânea do comportamento, confrontados com uma situação de perda por exemplo e que irá permanecer até ao momento que o indivíduo consiga estabelecer novos padrões de intercâmbio direccionados a um novo objecto.

Outros autores como Rutter, (1986), confirmam que a depressão reactiva face a uma importante perda ou situação stressante, e apesar de poder apresentar manifestações comportamentais, emocionais, cognitivas, tem um carácter de adaptação a situação vivida e que se trata de um fenómeno "anormal" dentro da normalidade.

Tamern Schwartz & Schwartz, (1993), referem que, o que não é normal, será a inexistência de sintomas depressivos em determinados momentos do ciclo de vida. Considera-se portanto perfeitamente normal e mesmo adaptativo, a vivência de sintomas depressivos em determinadas situações.

Assim de acordo com vários autores, a sintomatologia depressiva passa a ser considerada patológica e deixa de estar dentro dos limites considerados normais, conforme a sua intensidade ou profundidade, a persistência ou frequência com que aparece, e a disfuncionalidade e gravidade da perturbação de humor. Havendo necessidade para discriminar a depressão, de fazer confluír vetores qualitativos e quantitativos. Só a conjugação de ambos podem esclarecer com mais precisão, a distinção entre "tristeza normal" e "depressão patológica".

Também Amaral Dias (1984), refere depressão sem depressão, de equivalentes depressivos ou depressão mascarada, em que o sujeito apresenta sintomas somáticos, doenças dérmicas, doenças como cefaleias, etc., em que confundem a sintomatologia afectiva. Segundo este mesmo autor, a depressão neste momento, tem que ser considerada um síndrome e não uma doença, uma vez que lhe faltam elementos de ordem etiológica, epidemiológica, patogénica evolutiva e terapêutica para ser considerada como tal.

Uma questão que parece estar muito presente e suscitar algumas dúvidas, é a forma como se deve entender a depressão enquanto entidade clínica, isto é, deverá ou não ser preocupante e considerada grave, independentemente de ter ou não carácter endógeno, ou haver ou não razões psicológicas e/ou contextuais para o seu aparecimento.

Segundo Vaz Serra (1986), as depressões são classificadas em: endógenas, de que fazem parte as de natureza hereditária, depressões primárias; depressões maníaco-depressivas; e reactivas em que cabem as que resultam da fragilidade do Eu ou outros aspectos da personalidade e os provocados pela acção de factores exteriores de stress.

II.3. Diferentes Perspectivas Teóricas Sobre A Depressão

As conceptualizações relativas as diferentes abordagens sobre a depressão envolvem perspectivas teóricas muito diferentes, não existindo no entanto uma fronteira estanque entre elas. Estas distinções têm implicações importantes na avaliação, identificação, tratamento e prognóstico desta perturbação. Nas diferentes abordagens, umas traduzem mais uma visão medico-psiquiátrica (modelo biomédico), enquanto outras estão mais de acordo com modelos psicológicos.

Neste ponto abordaremos os aspectos essenciais dos modelos conceptuais da depressão. Neste estudo optou-se por salientar a perspectiva cognitiva, o modelo comportamental, a abordagem psicanalítica e o modelo bioquímico.

II.3.1. Modelo Cognitivo

Um dos modelos que procura explicar a génese da depressão é o modelo cognitivo. Este modelo impõe uma grande importância às cognições no aparecimento e manutenção de condutas disfuncionais. Este modelo assenta no modelo de processamento da informação do psiquiatra americano Aaron Beck (Cruvinel & Boruchovich, 2003).

De acordo com Beck (1997), a cognição é o factor que determina a depressão. Segundo o autor, o transtorno cognitivo é a base primária da patologia e os pensamentos negativos são o factor inicial da sintomatologia. Beck afirma que existem três processos cognitivos específicos para explicar a etiologia da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e os erros cognitivos (Bahls, 1999).

A tríade cognitiva do indivíduo deprimido refere-se a uma visão extremamente negativa e deformada de si próprio, do mundo e do futuro. Esta visão negativa influencia a visão de si próprio e do mundo (Beck, 1997). O autor refere que há correlações negativas de si próprio na maioria dos deprimidos. Esta abordagem aborda ainda os esquemas cognitivos disfuncionais, que são a forma sistemática como o indivíduo interpreta as situações, adequando-as à sua vida, analisando, avaliando, codificando, os estímulos do meio ambiente, de forma desenvolvendo interpretações estáveis e coerentes da sua experiência. Estes esquemas cognitivos depressivos são constituídos por padrões de pensamento negativo encontrados na forma como o indivíduo vê o mundo (Beck, 1997). Na organização estrutural do indivíduo deprimido, os padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais, gerando percepções distorcidas da realidade que activam sintomas depressivos (Goldrajch, 1996). O indivíduo depressivo perde uma grande parte do controle dos seus pensamentos e acha que não tem condições de utilizar outros esquemas que se adaptam melhor às situações. À medida que a depressão se intensifica, o pensamento se torna mais automático. Deste modo, o indivíduo pode vir a ser dominado pelos esquemas disfuncionais, ficando a organização cognitiva autónoma e independente de factores externos (Ito, 1997). De acordo com Burns (1980, cit. in Bahls, 1999), os principais erros cognitivos são: absolutismo, ou pensamento dicotómico, supergeneralização, abstracção selectiva, desqualificação, magnificação e minimização, sensação de obrigação, raciocínio emocional, rotulações, personalização e má interpretação de si próprio. No modelo cognitivo da depressão, os erros cognitivos são distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativos. Estes são erros sistemáticos que reforçam a crença do indivíduo nos seus conceitos depressivos. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo claros e naturais ao sujeito depressivo (Beck, 1997).

Relativamente à auto-estima, essa assume um papel relevante na vulnerabilidade cognitiva em acontecimentos de vida negativos. A sociotropia e a autonomia, são factores de vulnerabilidade da personalidade cognitiva, sublinhadas por Beck (1997). Posteriormente, criou-se o processo cognitivo na depressão, a par da tríade cognitiva, dos erros lógicos e dos esquemas cognitivos (Mahoney, 1991). De acordo com Mahoney (1991), estas dimensões são características de personalidade e estabelecem dois pólos contínuos. Num dos extremos temos a sociotropia. Esta é representada por indivíduos que atribuem um valor elevado às relações interpessoais, julgando-se a si próprio em função do afecto e através da aceitação manifestada pelos outros. Aqui existe o domínio da necessidade de aceitação, de suporte social, de intimidade, compreensão, prestígio e estatuto

social, sendo sensíveis a acontecimentos de vida que aumentam a satisfação destas necessidades. No outro extremo, temos a autonomia. Esta é representada por pessoas com tendências a investir na sua independência, liberdade de acção, privacidade, direitos pessoais e autodeterminação. Estes indivíduos são sensíveis a acontecimentos de vida que se opõem à sua expressão pessoal, à sua capacidade física ou aos seus planos (Mahoney, 1991).

Beck (1997) refere que a depressão é uma resposta contraditória à natureza humana. Segundo o autor, o indivíduo vive sobre a influência do princípio da busca do prazer e da fuga à dor. Supostamente, este procura situações e actividades geradoras de satisfação e evita as que lhe causam incómodo ou sofrimento – este é um princípio que o sujeito deprimido tende a contrariar. Por outro lado, em termos evolucionários, espera-se que o comportamento do sujeito se desenvolva no sentido de uma vivência saudável, gerando novas gerações e estando em desacordo com a satisfação de necessidades básicas como o sono ou o apetite (Beck, 1997).

II.3.2. Modelo Comportamental

Outra abordagem que procura explicar a génese da depressão é o modelo comportamental. Este dá importância à aprendizagem e às interacções com o ambiente. A depressão, de acordo com essa perspectiva, é vista como uma consequência da diminuição de comportamentos adaptados, tais como o contacto social e o interesse pelas actividades e pelas pessoas, o que por sua vez, resultaria num aumento da frequência de comportamentos de rejeição e fuga de estímulos aversivos como a tristeza e o choro (Cruvinel & Boruchovich, 2003). De acordo com essa teoria, a obtenção de comportamentos depressivos ocorre através da aprendizagem, por meio de mecanismos do condicionamento operante de Skinner (1953, cit. por Chabrol, 1990). Segundo Skinner (1953, cit. por Chabrol, 1990), a depressão deriva da interrupção de comportamentos que eram mantidos por reforços sociais positivos (processo de extinção).

Este modelo refere que o comportamento é adquirido, mantido ou extinguido, através das consequências que são como reforço ou punição (Quartilho, 2003). Skinner considerou que a depressão era o resultado emocional da interrupção do reforço de extinção (Todorov, 1982). De acordo com a teoria da aprendizagem, o indivíduo deprimido manifesta comportamentos que desencadeiam reforços positivos contribuindo para a exibição de respostas depressivas (Quartilho, 2003). Deste modo, o objectivo principal do modelo

comportamental na depressão implica o aumento do reforço positivo que o indivíduo deprimido recebe (Caballo, 2003).

Seligman (1977, cit. por Quartilho, 2003) passou a desenvolver este modelo, considerando-o um paradigma explicativo da depressão. Segundo o autor, quando um indivíduo se vê numa situação com condições repetidas de incontrolabilidade sobre os resultados que o meio origina sobre si, aprende com as respostas que produz, pois, não existe qualquer relação com o reforço obtido ou com a falta do reforço. Desta forma, a representação cognitiva leva à expectativa de que o reforço e o comportamento são considerados autónomos (Vaz-Serra, 1990). Assim, o indivíduo diminui o número de respostas, a sua aprendizagem posterior é afectada e surge o sentimento de medo em produzir comportamentos. Instaure-se a inibição da aprendizagem, a falta de interesses, a perda de apetite e uma coerência geral com o comportamento deprimido.

Segundo Quartilho (2003), este modelo é limitado, sobretudo na explicação de alguns fenómenos da depressão, tal como a baixa auto-estima. Deste modo, foram promovidas algumas alterações que aproximaram o modelo comportamental do modelo cognitivo, fazendo-se socorrer do seu carácter complementar.

Procedemos de seguida ao esclarecimento do modelo psicanalítico.

II.3.3. Modelo Psicanalítico

Parece que nos diferentes modelos a origem da depressão é defendida pelos vários autores, umas vezes mais relacionada com as estruturas psíquicas internas, outras com a experiência, havendo no entanto uma área em que quase todos parecem estar de acordo, são as inadequações do processo afectivo-relacional com os progenitores.

Autor como K. Abraham, S. Freud, M. Klein e Michael Balint, tem em conta os estádios mais precoces do desenvolvimento da criança, do tipo de relação de objecto que esta estabeleceu, da maneira como atravessou as diferentes etapas da sua evolução e afinal de contas do que construiu dentro de si, que irá influenciar ou determinar a sua existência futura. Também outros autores como, Margaret Mailer, Spitz, Bowlby, deram importantes contributos para a compreensão da depressão na criança.

Foi Freud que possivelmente influenciado pela maturação biológica de determinadas zonas do corpo segundo uma certa sequência cronológica, vai designar os estádios de desenvolvimento da libido do indivíduo: fase oral, anal, fálica e genital. Isto foi muito

importante, pois do ponto de vista psicanalítico vai permitir a compreensão do desenvolvimento psíquico e da etiologia dos doentes mentais em que se inclui a depressão.

Neste modelo é realçada a importância dos processos intrapsíquicos no desenvolvimento da depressão. Deste modo, esta poderia ser considerada como uma falha na evolução do processo de elaboração normal do luto e da perda (Mendels, 1972, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003). Freud (1917, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003), no estudo sobre a diferença entre o sofrimento e a depressão, revelou que no sofrimento, o mundo torna-se vazio e pobre, não há uma quebra da auto-estima e a perda é consciente. Na melancolia, o processo é inverso, há uma redução na auto-estima, a perda é inconsciente e é o próprio ego do indivíduo que se esvazia e empobrece.

De acordo com Freud, o modelo psicanalítico também caracteriza o percurso evolutivo do ser humano de acordo com um conjunto de fases do desenvolvimento psicosssexual, tais como: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital. Com base nesta teoria, os indivíduos depressivos experienciam um processo de fixação numa fase precoce do seu desenvolvimento libidinoso, mais concretamente na fase oral secundária, que corresponde a uma fase de agressividade em que surgem comportamentos de destruição como morder (Freud, 1917, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

Ainda segundo o modelo psicanalítico, o psíquico seria composto por três instâncias fundamentais: o id, o ego e o super-ego. Na depressão, o ego, através dos mecanismos de defesa incorpora, introjecta ou absorve o objecto desejado, real ou imaginariamente perdido, enquanto, no indivíduo normal, o ego se separa do objecto introjectado através de recordações (Bleichmar, 1983, cit. in Teixeira, 2005). A repressão dos instintos agressivos, imposta pelo ambiente social externo e pela coação interna do super-ego, em certos casos, cria uma transformação de sintomas (Doron & Parot, 2001). Este sofrimento depressivo é o efeito de uma agressividade auto-dirigida, numa tentativa de destruir o objecto introjectado – como se fosse um desejo de sofrer (Beck, 1999). De acordo com Melanie Klein, a agressividade da pessoa pode gerar culpa. Tal acontece quando o indivíduo sabe que está agredindo “um objecto total”, que possui aspectos bons e maus, podendo sentir-se culpado e responsabilizado pelo facto. Esta culpa, pela conduta agressiva, pode desencadear uma depressão.

Deste modo, e de acordo com o modelo psicanalítico, o indivíduo é portador de uma constituição ambivalente, que determina o seu modo de vivência com sentimentos contraditórios relativos ao mesmo objecto, de que gosta ou odeia, ou simultaneamente

deseja e repulsa, que quer e não quer. Este tipo de constituição gera conflitos intrapsíquicos e proporciona o desenvolvimento de patologias depressivas (Bahls, 1999). A propósito da psicopatologia do luto, Freud introduziu o conceito de perda do objecto, que posteriormente Mélanie Klein utilizou para definir o conceito de posição depressiva (Accoce, 1984).

A evolução da psicanálise deu origem às teorias dinâmicas, que foram caracterizando o quadro depressivo através de vários pontos de vista (Dorot & Parot, 2001). De acordo com Doron e Parot (2001), este quadro clínico é caracterizado por uma fase inicial de agitação, exigência e choro que vai sendo substituída por uma progressiva indiferença pelo ambiente, apatia, lentificação psicomotora, recusa de contacto, insónia, atraso do desenvolvimento e perda de peso. Os mesmos autores referem ainda que podem acontecer regressões em aprendizagens motoras ou cognitivas e ocorrer um aumento de vulnerabilidade às infecções.

Depois do aparecimento da teoria psicanalítica de Freud, os modelos explicativos da depressão prosseguiram com o conceito de perda, estando associado a experiências de rejeição social com uma consequente perda de auto-estima (Dorot & Parot, 2001).

Procede-se assim, para a explicação do modelo bioquímico.

II.3.4. Modelo Bioquímico

Actualmente, o modelo bioquímico da depressão é o mais defendido na comunidade científica e encontra-se ligado à psiquiatria biológica que defende que a depressão surge devido à diminuição do “sódio” no sistema nervoso central. Esta hipótese surgiu através da observação clínica de indivíduos deprimidos e da experimentação em laboratórios com animais (Bahls, 1999).

O modelo bioquímico estuda a depressão enquanto doença e dá importância à função dos factores neuroquímicos e endócrinos no aparecimento de sintomas depressivos. De acordo com a teoria neuroquímica, a depressão está relacionada com as alterações do metabolismo da serotonina, da noradrenalina e da dopamina. Esta é uma questão que tem sido abordada em relação à investigação relativamente às componentes químicas na base da depressão, é a alteração da produção, do funcionamento ou da recaptação de alguns neurotransmissores cerebrais particularmente da serotonina, dopamina e norepinefrina (Guz, 1990). Este facto originou o modelo das aminas biogénicas (Azevedo, Silva, Ferreira, Cesar

& Clemente, 1994), revelando que a diminuição destas monoaminas cerebrais estabeleceria o factor etiopatogénico da psicologia depressiva. A serotonina e a e a noradrenalina têm tido uma elevada atenção por parte da investigação bioquímica, tendo um papel importante na explicação do quadro clínico, ou seja, depressões com défice de serotonina e outras em noradrenalina (Syvälahti, 1994).

Relativamente ao modelo endócrino, a depressão pode estar acompanhada por uma disfunção do sistema regulador endócrino, como o hipotiroidismo, que deriva de um funcionamento defeituoso da tiróide ou da extracção desta glândula devido à cirurgia – que é, quase sempre, seguida de alterações de humor. Outras mudanças neuroendócrinas que foram identificadas na depressão major são: o aumento ocasional da secreção de prolactina, a diminuição da secreção da hormona estimulante da tiróide (TSH) através da hipófise e a supressão da secreção de somatotrofina (Syvälahti, 1994).

Como forma de justificar a possível relação entre a depressão e os distúrbios endócrinos, observou-se que alguns dos sintomas e sinais dos distúrbios depressivos como alterações do apetite, sono, sede, e actividade autónoma, também se encontram nos quadros clínicos derivados a uma disfunção hipotalâmica (Syvälahti, 1994).

Segundo o modelo bioquímico, a depressão manifesta ter uma relação com as variáveis genéricas, ambientais e com a acção de ambas. Deste modo, a depressão pode brotar da alteração das condições electroquímicas basais do sistema nervoso central, responsáveis pelo equilíbrio do ser humano (Guz, 1990).

Como relata Guz (1990), uma das mais remotas hipóteses bioquímicas da depressão está relacionada com a clássica medicina Grega, segundo a qual o transtorno funcional do fígado seria a causa dessa patologia – o aumento da bÍlis negra e as suas toxinas provocaria a melancolia.

Actualmente, existe uma grande diversidade nos estudos a nível das alterações bioquímicas envolvidas na depressão: uns associam-na à baixa concentração de certos neurotransmissores, enquanto outros salientam que a vulnerabilidade individual na depressão surge com desvios na motricidade pré e pós-sináptica dos neurotransmissores e na sua função (Guz, 1990).

II.4. A Depressão na Criança e no Adolescente

Há um crescente interesse acerca da depressão na criança, surgindo assim vários pontos de vista sobre o assunto que abordaremos seguidamente. Para alguns, existe uma perturbação na regulação do afecto, para outros a depressão no adulto e na criança são similares; para alguns a depressão na criança é mascarada, manifestando-se através de problemas de comportamento e passagem ao acto; por ultimo ainda, a depressão é vista como rara ou não existente.

Autores como Kovacs e al, 1984; Rutter et al.,1986, consideram a depressão como um estado afectivo em que se manifestam sintomas típicos e comuns a todos os grupos etários. No entanto, enquanto o adulto nos transmite por palavras o que sente ou pensa podendo queixar-se, a criança deprimida expressa de modo indirecto, falando através de comportamentos sintomáticos uma linguagem por vezes exuberante e/ou paradoxal.

Alguns dos sintomas depressivos mais específicos das crianças e jovens, podem ser: a birra, dificuldade e recusas escolares, nos mais jovens a enurese e encoprese, o isolamento social, irritabilidade e agressividade, estados ansiosos, baixa auto estima, baixo auto conceito, negativismo e comportamentos de risco tais como consumo de drogas (Cantwell,1990; Clarizio, 1984; Lefkowitz & Tessiny, 1980; Lefkowitz & Gordon, 1980; Kazdin, 1989).

Na depressão da criança pubertal pode estar presente uma ansiedade de separação ou outros medos. Na adolescência podem também estar presentes, o retraimento das actividades sociais e/ou relutância em participar nas actividades familiares.

Também T. Ferreira, (1993), se refere a forma particular como a criança deprimida exprime as suas queixas de forma indirecta, paradoxal e exuberante, falando em actos sintomáticos, mostrando um "vazio" de dentro, solidão, decepção e/ou o desespero.

O discurso pode ser fluente ou pobre, com conteúdos de uma grandeza onnipotente, ou vazios que se podem traduzir em "não penso nada", ou "não sonha nada" - simbólicos de uma perda. O jogo pode oscilar entre uma exuberância da acção com pobreza de simbolismo e uma inibição motora.

A semiologia da depressão infantil segundo P. Strecht (1997), é feita de muitos fragmentos, os equivalentes depressivos podem ter expressão em perturbações como: tipo funcional, alimentares e de sono (anorexia, bulimia, insónias, hipersónia); esfinteriano

(enurese, encoprese); queixas somáticas (dores de cabeça, abdominais, etc.); de aprendizagem escolar; de comportamento.

As queixas de comportamento são comuns em crianças deprimidas bem como os comportamentos agidos (instáveis, hiperactivos), resultado de uma não mentalização do seu sofrimento psíquico.

São sintomas muito virados para o meio que as crianças hostilizam, mas onde esperam uma resposta contentora.

O estudo desta patologia na infância ganhou especial relevância nos últimos tempos, uma vez que se pensava que apenas os adultos a experienciavam. Assim, a depressão infantil, no âmbito do conhecimento científico, não era um tema relevante, pois acreditava-se que a depressão não afectava crianças e adolescentes, uma vez que esse grupo etário não possuía problemas vivenciais (Araújo et al., 2008).

Tendo em conta alguns estudos que preconizam que a depressão é considerada um problema sério em saúde mental pediátrica (Araújo et al., 2008), esta visão é contrariada por diversos autores do desenvolvimento infantil. Mesmo assim, investigadores de renome, como Spitz (1983) e Winnicott (1963) salientam a importância das relações de vinculação formadas na primeira infância para o desenvolvimento saudável da criança e posteriormente do adulto. Estes autores levantam a possibilidade de que eventuais falhas neste processo podendo indicar o aparecimento de dificuldades futuras como, por exemplo, as do transtorno depressivo.

Só na segunda metade deste século, a depressão infantil mereceu especial atenção por parte das ciências da saúde. Já em 1621, Robert Burton, revelou que a depressão na criança manifesta-se, por vezes, quando os pais que se ocupam de crianças e tendem a proceder mal quando são muito severos na sua educação onde constantemente ameaçam, criticam, repreendem, castigam e batem; pois as crianças, sentem-se de tal maneira diminuídas que já mais tendem a ter coragem, alegria ou qualquer prazer no que quer que seja (Coimbra de Matos, 2001).

Shafii e Shafii (1995), referem que a depressão infantil pode ser vista de três modos: como sinal, como sintoma e como transtorno. Segundo os mesmos, a depressão apresentada como sinal, ocorre quando aparecem expressões faciais tristes e a redução das funções corporais da criança. Esta patologia é vista como sintoma quando interfere na adaptação da criança e no seu bem-estar. E, finalmente, a depressão pode ser efectivamente considerada

como transtorno, existindo diferenças e semelhanças com a sua circunstância homóloga ao nível dos adultos (Shafii & Shafii, 1995).

As manifestações da depressão na infância variam em função da idade do indivíduo. Quanto mais nova é a criança, mais a depressão se revela por intermédio do corpo (Clerget, 2001). Na criança com idade escolar, a patologia depressiva caminha para o aparecimento de falta de confiança em si e um sentimento de inferioridade (Ainsworth, 2000). Por outro lado, de acordo com a vertente psicanalítica, a criança que resolveu o seu complexo de Édipo faz a escolha de um modelo que deseja conformar-se (Clerget, 2001). Deste modo, os sentimentos amorosos e hostis organizam-se, as tensões psíquicas atenuam-se. Assim, a criança toma consciência do seu corpo, que não está ainda à altura das suas ambições, devendo esperar pela puberdade para se afirmar fisicamente. Esta desordem amorosa dá lugar à ordem escolar e social (Clerget, 2001). Segundo Clerget (2001), a criança entra num estado de latência - aqui está o que não é aparente, ou seja, o que não se manifesta exteriormente. Durante esta fase, as pulsões (o conjunto dos desejos amorosos e hostis) sentidas durante o complexo de Édipo não desapareceram da criança, encontrando-se domesticadas, permitindo assim a aprendizagem social e escolar. Tudo se passa como se a energia desenvolvida durante o período edipiano fosse reinvestida nas aprendizagens (Clerget, 2001). Na mesma linha, Clerget (2001), salienta que a iminência da desordem social surge a sintomatologia depressiva.

De facto, a infância é geralmente um período de aprendizagem, de desenvolvimento e de crescimento, bem como de descoberta de oportunidades e desafios da vida. Em cada estágio de desenvolvimento existe um padrão de desenvolvimento saudável associado a características normais. Assim, a depressão, ao manifestar-se neste período, pode atrasar o desenvolvimento da criança (Gay & Vogels, 1999).

III. PROBLEMÁTICA

Parece não restar dúvidas que o retraimento social e a depressão podem ter como origem uma enorme variedade de causas e que também se podem manifestar de diferentes formas. Assim a avaliação do retraimento social e da depressão numa população dita normal, parece ser importante não só em termos do rastreio, mas também poderá ajudar na compreensão destes, e permitir delinear estratégias quer em termos de prevenção, quer em termos de uma intervenção o mais precoce possível

Nas últimas décadas as perturbações psicológicas das populações mais jovens, têm vindo a merecer especial atenção por parte dos investigadores, nomeadamente no campo educacional, onde uma verdadeira explosão de fenómenos de grande complexidade se tem vindo a verificar, provavelmente o reflexo da sociedade em que vivemos. É no entanto difícil admiti-lo, como é difícil admitir a depressão na infância com todo o enorme sofrimento que arrasta. É incómodo e vergonhoso admitir a falha e a impotência para a colmatar, é pois, bem mais fácil catalogar, segregar e excluir.

E indiscutível a importância do diagnóstico precoce nas desordens afectivas dos adolescentes, não só no despiste da doença como no planeamento de estratégias futuras de intervenção.

É precisamente por isso, porque se acredita noutras soluções e noutras possibilidades, com vista a minimizar as consequências a vários níveis, nomeadamente em termos de desenvolvimento e integração social destes adolescentes, que nos propusemos fazer esta investigação, esperando que de alguma forma possa contribuir ou acrescentar algo, aos vários trabalhos que estão a ser desenvolvidos pelos estudiosos desta problemática.

As varias investigações realizadas mostram que as patologias socio-emocionais, em particular a depressão e o retraimento social, podem surgir em etapas precoces do desenvolvimento, evidenciando assim a premência em explorar e perceber estas disfunções psicológicas e afectivas antes da idade adulta, para de alguma forma podermos contribuir para a sua prevenção, através de um planeamento de acções com vista a serem considerados os determinantes psicológicos responsáveis por essa alteração.

Existe ainda uma razão pessoal e profissional, que tem a ver com a constatação de perturbações emocionais, sociais e escolares, nomeadamente em adolescentes.

Até que ponto a psicologia não poderá contribuir para alterar esta situação?

Ao considerarmos a fenomenologia do retraimento social e da depressão (principalmente quando se trata de adolescentes), um problema suficientemente grave e com implicações dramáticas e imprevisíveis, entendemos de fundamental importância a investigação desta temática. De realçar ainda que existem poucos estudos feitos na população Portuguesa, sendo que os trabalhos que existem foram praticamente todos realizados em outros países, havendo um desconhecimento (em termos objectivos e concretos) quase total da realidade nacional.

Há estudos recentes efectuados em Portugal relativamente ao Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes (Débora Ferreira, António J. Santos, Olívia Ribeiro, Miguel Freitas, João V. Correia, Kenneth Rubin, 2013), estudo este que teve como objetivo verificar os sentimentos de solidão expressos por adolescentes isolados-retraídos e isolados-agressivos. Os resultados evidenciaram um menor nível de integração com os pares nos adolescentes isolados-retraídos. Ainda um outro estudo também em Portugal sobre as relações entre pares de jovens adolescentes socialmente retirados (João Carlos Verdelho Correia, 2013), verificou-se no que diz respeito às relações sociais, que os jovens socialmente retirados eram descritos pelos pares como sendo significativamente mais isolados, excluídos e vitimizados, mas também mais pró-sociais do que os seus colegas. Por outro lado, não diferiam destes no número, nem na qualidade de amizade relatada, ainda que tendessem a ter amigos significativamente mais isolados e excluídos, bem como menos agressivos do que os adolescentes do grupo de controlo. Finalmente, observámos que os adolescentes, que no decurso de um ano deixam de ser considerados pelos pares como retirados, são significativamente menos retirados e excluídos num segundo momento avaliativo do que os que continuam ou passam a sê-lo, mesmo controlando os níveis iniciais destas dimensões. Por outro lado, os sujeitos sem amigos em nenhum dos momentos avaliativos considerados são mais excluídos e vitimizados, bem como menos prosociais do que os que têm sempre um amigo recíproco. “

Será pois importante e urgente que se faça mais trabalhos de investigação nesta área, com vista a uma melhor compreensão dos fenómenos, tendo como principal objectivo, uma redução do sofrimento psíquico e conseqüentemente um melhoramento da qualidade de vida das pessoas.

Julga-se que esta avaliação será pertinente, não só para o despiste da doença, como para o planeamento de estratégias futuras de intervenção, nomeadamente em termos de prevenção, pois a intervenção precoce pode alterar o curso das doenças, diminuindo a necessidade de utilização futura de unidades de serviços de saúde psiquiátricos, melhorando

a qualidade de vida da população e aumentando a saúde de uma forma geral. Talvez sejam algumas das razões por que temos assistido nos últimos anos a um desenvolvimento do interesse clínico e científico no estudo do retraimento social e da depressão ao longo do ciclo de vida.

III.1. Objectivo do estudo:

Compreender melhor a problemática do retraimento social em termos das suas consequências negativas para o desenvolvimento de jovens adolescentes, principalmente as que estão ligadas a problemas internalizados como seja a sintomatologia depressiva.

Especificamente, verificar se existe relação entre o comportamento de retirada social percebido pelos pares e a sintomatologia depressiva, aprofundando essa relação pela distinção e comparação entre adolescentes isolados-retraídos e um grupo de controlo. O sexo dos sujeitos também foi considerado.

IV. MÉTODO

IV.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por um grupo de 252 jovens adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, que frequentavam o 7º e o 8º anos de duas escolas na zona da grande Lisboa. Esta amostra faz parte de outra de maior dimensão e que se insere num projeto de investigação designado ‘Relações de amizade e com a família nas trajetórias de isolamento social em jovens adolescentes’, desenvolvido pela Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva, do Desenvolvimento e da Educação (UIPCDE – Linha 1: Psicologia do Desenvolvimento) do ISPA-IU. Este projeto foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) com o registo PTDC/PSI-PDE/098257/2008 e cujo responsável científico é o Prof. Doutor António José dos Santos.

Após a seleção dos sujeitos que iriam constituir o grupo experimental e o grupo de controlo, a amostra inicial ficou reduzida a 76 jovens adolescentes (38 do sexo masculino e 38 do sexo feminino), dos quais 42 fazem parte do grupo experimental e 34 do grupo de controlo.

Os dados relativos ao nível socioeconómico dos participantes não foram recolhidos, mas as famílias que habitam o concelho em questão são maioritariamente de estatuto socioeconómico médio, médio-baixo.

IV.2. Instrumentos

IV.2.1. Isolamento Social

Os participantes completaram o *Extended Class Play (ECP)* (Burgess *et al.*, 2003; Rubin, Wojslawowicz, Burgess, Rose-Krasnor, & Booth-LaForce, 2006) que é um instrumento que procura aceder às avaliações que os pares fazem do funcionamento e reputação sociais dos sujeitos. Foi utilizada a versão Portuguesa deste instrumento que foi adaptado e validado para a população portuguesa (Correia, Santos, Freitas, Rosado, & Rubin, 2014).

Neste questionário de 37 itens, é pedido aos adolescentes para imaginarem que são realizadores de um filme para a qual deverão escolher, entre os seus colegas de turma,

aqueles que melhor desempenhariam diversos papéis, de valência positiva e negativa. Para o efeito, é fornecida a cada sujeito uma listagem de todos os seus colegas autorizados a participar e clarificado que cada papel pode conter apenas uma nomeação feminina e outra masculina, embora a mesma pessoa possa ser escolhida mais do que uma vez.

Apenas as nomeações entre sujeitos do mesmo género foram consideradas, de modo a evitar possíveis enviesamentos por estereótipos de género (Zeller *et al.*, 2003). Os valores obtidos para os itens foram estandardizados para o género e turma para ajustar o número de nomeações recebidas ao número de nomeadores e depois somados para cada uma das dimensões avaliadas.

Estes procedimentos têm sido amplamente utilizados noutras investigações que também pretendem estudar, quer o comportamento social, quer a reputação social, com recurso às nomeações de pares (Cillessen, 2009). Em particular, o *ECP* tem-se revelado válido para a avaliação do funcionamento social, não só em diferentes estudos (i.e., Burgess, Wojslawowicz Bowker, Rubin, Rose-Krasnor, & Booth-LaForce, 2006; Wojslawowicz Bowker *et al.*, 2006), como também em diferentes realidades culturais (i.e., na Coreia do Sul, Oh *et al.*, 2008) e ainda em diferentes faixas etárias (Booth-LaForce, Oh, Kennedy, Rubin, Rose-Krasnor, & Laursen, 2012).

Ainda assim, a escala original tem sofrido alguns ajustes. Alguns autores procuraram separar o fator da Vitimização / Exclusão (originalmente estavam justos) em duas dimensões distintas (Menzer *et al.*, 2010). De facto, e apesar de ambas estarem associadas a desajustamento futuro (Gazelle & Rudolph, 2004), o fenómeno da vitimização consiste em ser alvo de agressividade física ou verbal por parte dos pares (Buhs, Ladd, & Herald-Brown, 2010), enquanto o da exclusão diz respeito a comportamentos de rejeição que passam pelo evitar, ignorar ou mesmo excluir ativamente os sujeitos das atividades do grupo (Gazelle & Ladd, 2003). Estes dois fenómenos parecem ter não só diferentes causas, como também consequências no ajustamento distintas, na medida em que a vitimização surge relacionada com a agressividade e também com o evitamento da escola, enquanto a exclusão está mais associada à retirada social e a uma diminuição na participação nas atividades escolares (Buhs *et al.*, 2010; Menzer *et al.*, 2010). Assim, foi proposto um modelo composto por 6 fatores: Agressividade (9 itens; $\alpha = .91$); Timidez/ Retirada social (6 itens; $\alpha = .81$); Comportamento pró-social (6 itens; $\alpha = .82$); Popularidade/ Sociabilidade (5 itens; $\alpha = .87$); Vitimização (3 itens $\alpha = .91$); e Exclusão (3 itens; $\alpha = .90$). Nesta nova estrutura, dois itens anteriormente pertencentes ao fator Vitimização/ Exclusão foram excluídos (“*É facilmente melindrável ou ofendido*”; “*Habitualmente está triste*”) por não caracterizarem

particularmente bem qualquer um dos fenómenos (Menzer *et al.*, 2010). A validação do instrumento para a população portuguesa dá suporte à estrutura hexafatorial, mostrando maior diferenciação entre tipos distintos de agressividade e isolamento social, assim como, distinguindo as dimensões da exclusão social e da vitimização, validando os 6 fatores (Correia, Santos, Freitas, Rosado, & Rubin, *in press*).

Relativamente às dimensões do *Extended Class Play*, para a nossa amostra, todas apresentam valores de Alpha de Cronbach elevados, indicando uma elevada consistência interna (ver tabela 1). A dimensão de Timidez/ Retirada Social é aquela que representa um alpha mais baixo (Alpha=0.81), traduzindo fiabilidade, sendo esta considerado a partir de (Alpha=0.80).

Tabela 1 – Fiabilidade do Extended Class Play

| | Alphas |
|-----------------------------|--------|
| Agressividade | .91 |
| Timidez / Retirada social | .81 |
| Exclusão / Rejeição | .90 |
| Comportamento Pró-social | .82 |
| Sociabilidade/ Popularidade | .87 |
| Vitimização | .91 |

IV.2.2. Depressão

Foi utilizado como instrumentos de avaliação da depressão, o CDI (Children's Depression Inventory), de Maria Kovacs, que é uma escala de autoavaliação.

Apresentação da escala CDI

O CDI (Children's Depression Inventory), de Maria Kovacs, é uma escala de avaliação da depressão para crianças e adolescentes. Este instrumento foi traduzido e aferido para a população portuguesa por A. Ferronha. Trata-se de uma escala de auto avaliação constituída por 27 itens, cada um deles com 3 hipóteses de resposta, devendo o sujeito escolher apenas uma em cada item, seleccionando aquela que melhor represente e descreva o seu comportamento nas últimas duas semanas. Pode ser aplicada a jovens entre os 8 aos 17 anos.

O Instrumento abrange a quantificação de sintomas (sinais da depressão) nas áreas da cognição, afeto e comportamento. Envolve questões descritivas relativas à tristeza, pessimismo, sentimentos de insucesso, insatisfação, culpa, não gostar de si, auto agressão,

isolamento social, suicídio, indecisão, mudança no auto imagem, dificuldades no trabalho escolar, fadigabilidade, problemas de sono e de alimentação. Estas questões distribuem-se por cinco subescalas que medem diferentes componentes da depressão:

- Anedonia (incapacidade ou diminuição da capacidade de experimentar prazer, alegria).
- Auto-estima negativa (crença de que não é bom em nada).
- Ineficácia / Inefectividade (falta de motivação ou incapacidade de realizar tarefas).
- Problemas interpessoais (dificuldade em fazer e manter relações estreitas).
- Humor negativo (irritabilidade ou raiva).

Cada item da escala pode ser cotado de 0 (ausência de severidade) a 2 (máximo de severidade), com um potencial score total de 0 a 54. Um resultado total igual ou superior a 19 é considerado indicador da existência de depressão.

O C.D.I. (Children's Depression Inventory, Kovacs & Beck, 1977; Kovacs, 1978; Kovacs, 1980/81) é uma adaptação mais reduzida do B.D.I. (Beck Depression Inventory, Beck, 1967), que foi e é largamente utilizado em adultos e, considerado por muitos autores, como uma das melhores medidas, para avaliação da gravidade geral da depressão.

A versão atual do C.D.I. é o resultado do aperfeiçoamento através de várias fases de teste junto das diferentes populações, de reajustamentos e introduções de novos itens com melhor validade, após as variadíssimas análises psicométricas a que o instrumento foi sujeito.

A partir de 1979, o conhecimento e a divulgação do C.D.I. foi imparável, tendo sido traduzido em varias línguas, nomeadamente, francês, italiano, espanhol, alemão e português.

Este teste parece ter sido inicialmente, concebido e desenvolvido para aplicação individual em contexto clínico, mas posteriormente, dada a sua simplicidade de aplicação, as instruções específicas e muito claras, permitindo ao avaliador a leitura em voz alta, tornou possível a sua aplicação coletiva.

O objetivo principal da utilização deste teste é avaliar a gravidade dos sintomas depressivos, funcionando como meio de diagnóstico, tornando-se útil também como medida de mudança terapêutica.

É considerada uma escala de larga difusão internacional, tendo sido aplicada em vários estudos, muitos deles em populações estudantis, de modo a avaliar a prevalência da depressão especialmente em adolescentes.

No presente estudo foi retirado o item 9 da escala, que remete para a ideação suicida. Tratando-se de um estudo de investigação, sem fins terapêuticos, não nos pareceu eticamente correto abordar ou chamar a atenção para este tipo de comportamento.

Esta escala tem revelado uma boa consistência interna com valores de alfa de cerca de 0.82.

IV.3. Procedimento

No âmbito do projeto de investigação, no qual este estudo está inserido, foram contactadas as Direções de duas escolas da região da Grande Lisboa, que aceitaram e se disponibilizaram a falar com a coordenação científica do projeto. Foram-lhes apresentados, de forma detalhada, os objetivos, os procedimentos e as etapas do estudo com o intuito de obter autorização para fazer a recolha de dados nas suas escolas.

Após a aprovação por parte das Direções, foi negociada com os diretores de turma a calendarização das visitas às escolas para a aplicação dos instrumentos. Foram ainda entregues aos alunos, através dos diretores de turma, envelopes dirigidos aos encarregados de educação, que continham um folheto informativo sobre o projeto, bem como os respetivos pedidos de autorização para que os seus educandos pudessem participar. Após a obtenção das respetivas autorizações, do consentimento informado dos pais e do desejo expresso dos alunos para colaborarem, deu-se início à recolha de dados.

A administração dos instrumentos foi feita em grupo, em contexto de sala-de-aula, por dois membros da equipa de investigação treinados para o efeito. Os alunos foram informados que as suas respostas eram confidenciais, com fins unicamente científicos e que não havia respostas certas ou erradas. Foram ainda instruídos a não discutirem as respostas entre si, que se pretendiam espontâneas e reveladoras da forma de pensar de cada um. Cada sessão durou, aproximadamente, 45 minutos, tendo os adolescentes que não participaram no estudo permanecido na sala, a realizar trabalhos de casa ou outras tarefas atribuídas pelos professores.

Como forma de agradecimento pela disponibilidade e colaboração, todos os estudantes receberam um pequeno brinde.

A taxa de respostas afirmativas ao consentimento informado dos encarregados de educação e dos próprios jovens foi superior a noventa por cento.

V. ANÁLISE DE RESULTADOS

V.1. Classificação dos adolescentes retraídos e os do grupo de controlo.

Como já foi referido anteriormente (participantes) foram constituídos dois grupos de estudo: o grupo de adolescentes isolados-retraídos (grupo experimental) e o grupo de controlo. A classificação e distribuição dos adolescentes pelo grupo de isolados-retraídos e pelo grupo de controlo foram feitas com base nos resultados obtidos no *Extended Class Play* (ECP). Seguindo o procedimento e os critérios já anteriormente utilizados por outros autores (Ladd, & Burgess, 1999; Rubin *et al.*, 2006). Assim, os adolescentes que fazem parte do grupo dos isolados-retraídos foram aqueles que obtiveram valores na dimensão Timidez/Retirada Social nos 33% superiores do respetivo percentil (ou aproximadamente um desvio-padrão acima da média) e que obtiveram valores na dimensão de Agressividade abaixo da mediana. Quanto ao grupo de controlo, ele é composto pelos adolescentes cujos valores de Agressividade e Timidez/Retirada se encontravam ambos abaixo das respetivas medianas.

Convém ainda salientar que para além dos critérios já descritos para inclusão nos grupos, relativamente aos adolescentes isolados-retraídos só foram considerados aqueles que, em dois anos consecutivos de avaliação, foram nomeados pelos pares como retraídos sociais. Os adolescentes que no primeiro momento de avaliação foram considerados retraídos sociais mas, no ano seguinte, na segunda avaliação, alteraram a sua reputação social, não foram considerados. O mesmo procedimento foi feito para o inverso: no primeiro momento não eram considerados retraídos sociais mas, no segundo momento de avaliação já eram. Este procedimento reforça a estabilidade do retraimento social nos adolescentes incluídos no grupo experimental.

Por outro lado, sendo o ECP uma escala de nomeações, de modo a controlar a variação do tamanho do grupo turma, os dados foram estandardizados para cada turma. Por exemplo: numa turma de 15 alunos, o aluno X teria 15 hipóteses de ser nomeado pelos colegas enquanto, numa outra turma, de 30 alunos, o aluno Y teria 30 hipóteses de ser nomeado pelos colegas.

V.2. Relação entre as dimensões do ECP

De forma a compreender de forma mais clara como é que as dimensões do ECP se relacionam entre si, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Correlações entre as dimensões do ECP

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|---------|
| 1. Agressão | | | | | |
| 2. Timidez / Retraimento Social | -0,361** | | | | |
| 3. Exclusão | -0,097 | 0,498** | | | |
| 4. Vitimização | 0,076 | 0,160* | 0,664** | | |
| 5. Comportamento Pró-social | -0,164** | -0,094 | -0,337** | -0,239** | |
| 6. Sociabilidade / Popularidade | 0,304** | -0,298** | -0,293** | -0,217** | 0,253** |

**p<0.01, *p<0.05

Os resultados indicam a existência de correlações significativas positivas entre a agressividade e o comportamento pró-social ($r=0.304$, $p<0.01$), entre o retraimento social e a exclusão ($r=0.498$, $p<0.01$) e a vitimização ($r=0.160$, $p<0.05$), entre a exclusão e a vitimização ($r=0.664$, $p<0.01$) e entre os comportamentos pró-sociais e a sociabilidade / popularidade ($r=0.253$, $p=0.01$). Estes resultados sugerem que embora os jovens que apresentam mais comportamentos pró-sociais sejam mais sociáveis / populares, também os mais agressivos têm a possibilidade de ser percebidos como mais populares. Por outro lado, quanto mais os jovens são retraídos socialmente, maior é a possibilidade de seres excluídos e vitimizados e, conseqüentemente quanto mais excluídos mais vitimizados podem ser.

Também se verifica a existência de correlações significativas negativas entre a agressividade e o retraimento social ($r=-0.361$, $p<0.01$) e o comportamento pró-social ($r=-0.164$, $p<0.01$), entre o retraimento social e a sociabilidade / popularidade ($r=-0,298$, $p<0.01$), entre a exclusão e os comportamentos pró-sociais ($r=-0,337$, $p<0.01$) e a sociabilidade / popularidade ($r=-0,293$, $p<0.01$), e entre a vitimização e os comportamentos pró-sociais ($r=-0,239$, $p<0.01$) e a sociabilidade / popularidade ($r=-0,217$, $p<0.01$). Estes resultados sugerem que os jovens mais agressivos são vistos como menos retraídos socialmente e como tendo menos possibilidade de apresentarem comportamentos pró-sociais. Quanto aos jovens que são mais retraídos socialmente, eles têm menos possibilidade de serem vistos como sociáveis e populares. Por último, os mais excluídos e vitimizados são vistos como menos sociáveis e populares e como tendo menos possibilidade de apresentarem comportamentos pró-sociais.

V.3. Relação entre as dimensões da sintomatologia depressiva (CDI)

Foi também analisada a relação que existe entre as diferentes dimensões da sintomatologia depressiva. Para tal foi feita uma análise correlacional utilizando o Coeficiente de Correlação de Pearson cujos resultados se encontram na tabela 3.

Tabela 3: Correlações entre as dimensões do CDI

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. Humor Negativo | | | | | |
| 2. Problemas Interpessoais | 0,322** | | | | |
| 3. Ineficácia | 0,347** | 0,234** | | | |
| 4. Anedonia | 0,509** | 0,384** | 0,298** | | |
| 5. Auto-estima Negativa | 0,516** | 0,298** | 0,452** | 0,514** | |
| 6. Score Total | 0,770** | 0,561** | 0,642** | 0,808** | 0,768** |

**p<0.01, *p<0.05

Os resultados indicam que existem correlações significativas positivas entre todas as dimensões da sintomatologia depressiva. Estes resultados sugerem que quanto mais os jovens se sentirem num estado de humor negativo (sentirem mais irritabilidade, raiva, ...), mais provável é que tenham dificuldades em fazer e manter amizades, se sintam menos capazes e menos motivados para realizar tarefas, tenham menos capacidade de experimentar prazer e alegria e aumenta a ideia de que não são bons em nada, não prestam. Em síntese, quanto mais deprimidos, mais têm um humor negativo, mais problemas interpessoais vão ter, mais sentimentos de ineficácia e anedonia e mais aumenta a autoestima negativa.

V.4. Relação entre o funcionamento social dos adolescentes (ECP) e a sintomatologia depressiva (CDI)

Antes de se proceder à comparação dos dois grupos em estudo (retraídos sociais e controlo) relativamente a indicadores depressivos, foi ainda feita mais uma análise preliminar para perceber que relação existe entre a reputação social dos jovens no seu grupo de pares e os indicadores de sintomatologia depressiva. Assim, para analisar a relação entre as dinâmicas de funcionamento social e a sintomatologia depressiva foi feita uma análise correlacional usando o Coeficiente de Correlação de Person e considerando a amostra total (252 sujeitos). Os resultados obtidos (ver tabela 3) mostraram que existem associações entre a reputação social dos adolescentes no grupo de pares e as diferentes dimensões da sintomatologia depressiva.

Tabela 4: Correlações entre as dimensões do ECP e do CDI

| | Humor Negativo | Problemas Interpessoais | Ineficácia | Anedonia | Autoestima Negativa | Score Total |
|-----------------------------|----------------|-------------------------|------------|--------------------|---------------------|-------------|
| Agressão | -0,007 | 0,227** | 0,043 | -0,001 | -0,059 | 0,037 |
| Retraimento Social | -0,088 | -0,214** | -0,084 | -0,027 | -0,003 | -0,099 |
| Exclusão | -0,007 | -0,064 | 0,032 | 0,118 ^a | 0,154* | 0,074 |
| Vitimização | 0,055 | -0,098 | 0,032 | 0,107 | 0,126* | 0,077 |
| Comportamento Pró-social | -0,094 | -0,154* | -0,283** | -0,162** | -0,092 | -0,216** |
| Sociabilidade /Popularidade | 0,002 | 0,078 | 0,033 | -0,004 | -0,007 | 0,021 |

**p<0.01, *p<0.05, a=Associação tendencial

Tal como se pode ver na tabela 4 existe uma correlação positiva significativa entre a dimensão da agressividade e os problemas interpessoais ($r=0.227$, $p<0.01$). Este resultado indica que quanto mais aumentam os comportamentos agressivos, mais existem problemas interpessoais. Ainda, relativamente a estes também se verifica uma correlação significativa com o retraimento social mas, desta vez negativa ($r=-0.214$, $p<0.01$), o que quer dizer que quanto mais os adolescentes se retiram do cenário social menos problemas interpessoais existem. Uma outra correlação significativa positiva verificada é entre a exclusão social e a vitimização com a autoestima negativa ($r=0.154$, $p<0.05$; $r=0.126$, $p<0.05$ respetivamente). Estes resultados mostram que quanto mais excluído e vitimizado um adolescente é, mais negativa é a sua autoestima. Relativamente à exclusão existe ainda uma correlação tendencial com a anedonia ($r=0.118$). Portanto quanto mais excluídos os jovens são mais aumenta a sua autoestima negativa e a sua incapacidade para sentir prazer e alegria. No caso do comportamento pró-social, os resultados mostram que existe uma correlação negativa significativa com os problemas interpessoais ($r=-0,154$, $p<0.05$), com a ineficácia ($r=-0,283$, $p<0.01$), com a anedonia ($r=-0,162$, $p<0.01$) e com a depressão (score total) ($r=-0,216$, $p<0.01$). Estes resultados querem dizer que quanto mais comportamentos pró-sociais os jovens exibirem menos dificuldade terão em fazer e manter relacionamentos, mais motivados estarão para realizar tarefas, serão mais capazes de experimentar prazer e alegria e terão menos sintomatologia depressiva.

Por último, pode ainda verificar-se que não existe relação entre a sociabilidade / popularidade e as subescalas da depressão.

V.5. O retraimento social e a sintomatologia depressiva

Considerando aquele que é o nosso objetivo de estudo, para avaliar se existem diferenças significativas de resultados nas dimensões da reputação social e da depressão em função do grupo (retirados sociais versus grupo de controlo) e do sexo dos sujeitos testados, realizou-se uma análise de variância multivariada com o Teste MANOVA. Esta análise de resultados, 2 (grupo) x 2 (sexo), revelou apenas a existência de efeito multivariado para o Grupo ($F(12,61)=13.152$, $p<0.001$), não existindo portanto efeito para o Sexo nem para a interação Grupo * Sexo

V.6. Diferença de resultados em função dos grupos e do sexo relativamente à reputação social

Na análise de seguimento das dimensões da reputação social, os resultados mostram diferenças significativas em função do grupo, no retraimento social ($F(1,72)=109.34$, $p<0.001$), na exclusão ($F(1,72)=20.43$, $p<0.001$), no comportamento pró-social ($F(1,72)=4.676$, $p<0.03$), e na sociabilidade / popularidade ($F(1,72)=7.215$, $p<0.01$). Verificou-se ainda uma tendência na vitimização ($F(1,72)=3.127$, $p<0.09$). Relativamente ao sexo, não foram encontradas diferenças significativas de resultados. No entanto verificou-se uma tendência de interação entre o grupo e o sexo, na dimensão sociabilidade/popularidade ($F(1,72)=2.866$, $p<0.10$).

Relativamente ao retraimento social pode constatar-se (ver figura 1) que o grupo de isolados-retraídos tem valores significativamente mais elevados ($M=1.17$) do que o grupo de controlo ($M=-0.50$). Este resultado é esperado uma vez que o grupo de adolescentes isolados-retraídos foi selecionado em função desta dimensão. Quanto à exclusão, também se pode constatar (ver figura 2) que os adolescentes isolados-retraídos são significativamente mais excluídos ($M=0.45$) que os sujeitos do grupo de controlo ($M=-0.37$). Este efeito verifica-se igualmente para os rapazes e para as raparigas. Relativamente ao comportamento pró-social pode verificar-se (ver figura 3) que o grupo de controlo ($M=0.52$) difere significativamente do grupo de isolados-retraídos ($M=0.10$), mostrando o grupo de controlo muito mais comportamentos pró-sociais. Relativamente à sociabilidade/popularidade, constata-se (ver figura 4) que os adolescentes isolados-retraídos ($M=-0.20$) são significativamente menos populares que os sujeitos do grupo de controlo ($M=0.09$). Embora este efeito seja idêntico para os rapazes e para as raparigas, no grupo de Isolados-retraídos, as raparigas são tendencialmente menos sociáveis/populares ($M=-0.33$) do que os rapazes ($M=-0.07$) (tendência de interação verificada entre grupo e sexo).

Figura 1: Médias da Timidez/ Retirada social em função do grupo e do sexo.

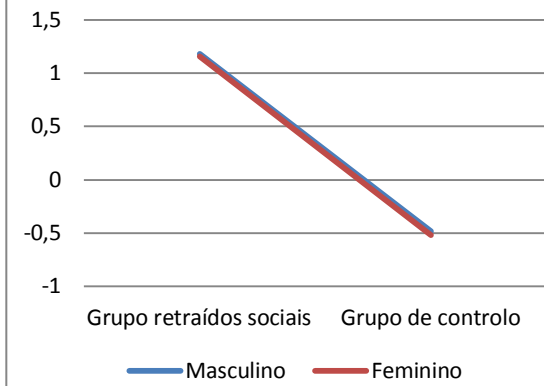


Figura 2: Médias da Exclusão em função do grupo e do sexo.

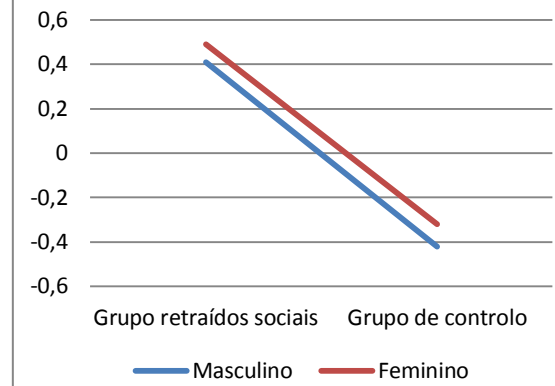


Figura 3: Médias do Comportamento pró-social em função do grupo e do sexo.

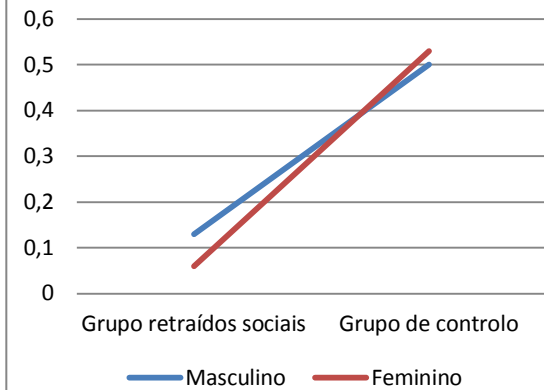


Figura 4: Médias da Sociabilidade / Popularidade em função do grupo e do sexo.

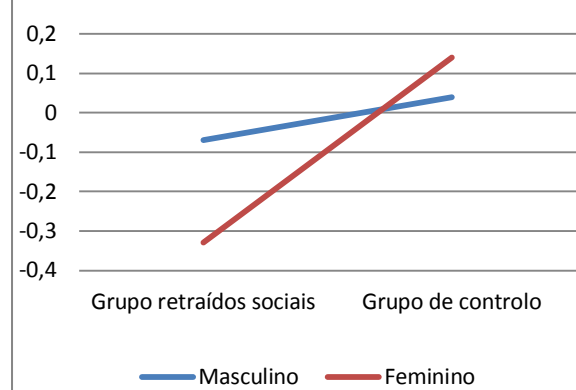
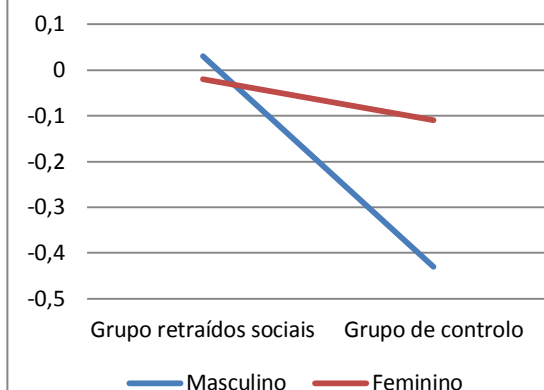


Figura 5: Médias da Vitimização em função do grupo e do sexo.

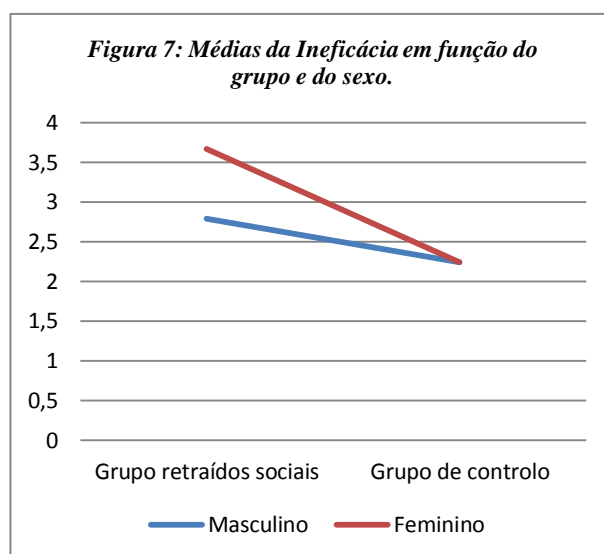
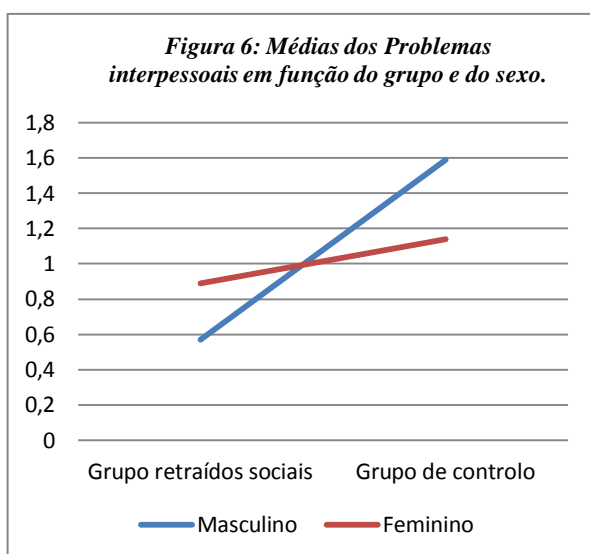


Relativamente à vitimização, também se pode constatar (ver figura 5) que os adolescentes isolados-retraídos são mais vitimizados ($M=0.00$) que os sujeitos do grupo de controlo ($M=-0.27$). Este efeito verifica-se igualmente para os rapazes e para as raparigas embora no grupo de controlo sejam mais as raparigas o alvo da vitimização.

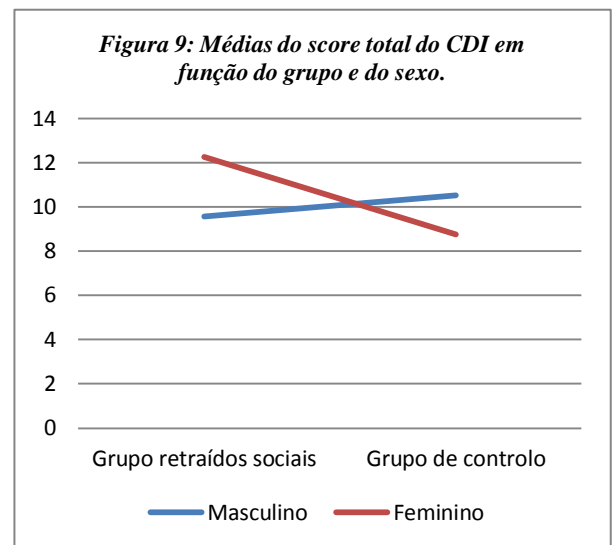
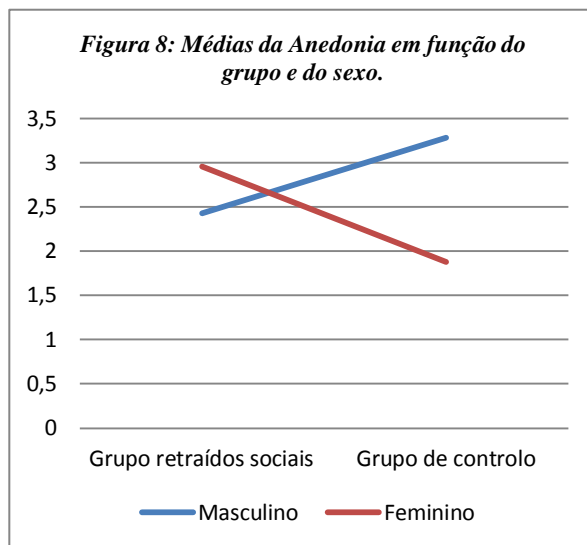
V.7. Diferença de resultados em função dos grupos e do sexo relativamente à sintomatologia depressiva

Na análise de seguimento das dimensões da sintomatologia depressiva, os resultados mostram diferenças significativas nos problemas interpessoais ($F(1,72)=6.33$, $p<0.02$) e na ineficácia ($F(1,72)=6.16$, $p<0.02$). Relativamente ao sexo, não foi encontrado nenhum efeito significativo. No entanto, verificou-se uma tendência de interação entre o grupo e o sexo para a dimensão anedonia ($F(1,72)=3.55$, $p<0.07$) e o valor total do CDI ($F(1,72)=2.905$, $p<0.10$).

Quanto aos problemas interpessoais, constata-se (ver figura 6) que os adolescentes isolados-retraídos ($M=-0.73$) têm significativamente menos problemas pessoais que os sujeitos do grupo de controlo ($M=1.36$). Este efeito verifica-se igualmente para os rapazes e para as raparigas sendo nestas menos relevante. Quanto à ineficácia, também se pode constatar (ver figura 7) que os adolescentes isolados-retraídos são menos capazes e tem menos motivação para realizar tarefas ($M=3.23$) que os sujeitos do grupo de controlo ($M=2.24$). Embora este efeito se verifique igualmente para os rapazes e para as raparigas, são elas que apresentam valores mais elevados.



Considerando a tendência de interação verificada entre o grupo e o sexo para a dimensão anedonia pode constatar-se (ver figura 7) que o grupo de Isolados-retraídos, embora tenha valores ligeiramente superiores aos do grupo de controlo, neste último, os rapazes apresentam valores superiores para esta dimensão. São os rapazes do grupo de controlo que demonstram mais incapacidade de sentir prazer e alegria ($M_{rapazes}=3.28$, $M_{raprigas}=1.88$). Por último, também, se constatou que são os adolescentes do grupo de Isolados-retraídos que apresentam níveis de sintomatologia depressiva mais acentuados ($M=10.92$) do que o grupo de controlo ($M=9.64$), principalmente as raparigas ($M=12.26$).



VI. DISCUSSÃO

Relativamente aos resultados obtidos é de realçar que os adolescentes isolados retraídos foram aqueles que relataram valores mais altos em quatro das cinco sub escalas que medem as diferentes componentes da depressão. Em ambos os Géneros de Isolados Retraídos há mais sintomatologia de Humor Negativo, Ineficácia e Auto-Estima Negativa, relativamente á Anedonia prevalece de forma mais acentuada só no sexo feminino.

A sub escala de Problemas Interpessoais foi a que obteve valores mas baixos no Grupo de Isolados Retraídos, o que é consistente, uma vez que não se relacionam com os outros.

Desenvolvendo as claras contribuições do nosso estudo podemos verificar que os adolescentes identificados como isolados-retraídos foram aqueles que reportaram valores mais altos de sintomatologia depressiva, indicando um maior indicador de depressão. Estes resultados vão no sentido dos vários trabalhos desenvolvidos por outros investigadores que verificaram uma associação entre o retraimento social e problemas de internalização, depressão, sentimento de solidão, (Rubin & Mills, 1988, Rubin, Hymel & Mills, 1989, Hymel et al., 1990).

Outros autores verificaram que os rapazes retraídos sofrem de maiores consequências negativas (Capsi, Elder & Bem, 1988 e Morison & Masten, 1991) do que as raparigas, que no nosso estudo não se traduzem em maiores perturbações internalizadas, mais especificamente, na sintomatologia depressiva. Capsi, Elder e Bem (1988) vão mais além e investigam as consequências, a longo prazo, do comportamento tímido, verificando maiores consequências nos rapazes tímidos, que acabam por iniciar relações românticas, ter filhos e estabelecer carreiras mais tarde, quando comparados com os rapazes do grupo de controlo. Já entre as raparigas tímidas e não-tímidas estas diferenças não se verificaram.

Assim, após a pesquisa bibliográfica e resultados obtidos compreende-se o porquê da caracterização do retraimento social como *umbrella term*, utilizada por Rubin e Coplan (2004). Existem várias formas de se isolar ou retrair socialmente, causa de variadas situações, produzindo também diferentes consequências. Como tal, surgem limitações à investigação desenvolvida que residem no facto de não se conseguir fazer a distinção entre os diferentes tipos de adolescentes retraídos, isto é, entre aqueles que assim o são por não

terem motivação para aproximação daqueles que se retraem por serem tímidos, tendo apesar de tudo motivação para aproximação (Asendorpf, 1990).

Uma das grandes questões desta temática prende-se com a necessidade de compreender se o retraimento social é patológico e se acarreta consequências negativas ou não. Neste estudo foi possível compreender o carácter e as consequências do retraimento social que leva a uma maior sintomatologia depressiva. De acordo com a pesquisa bibliográfica feita, resultados obtidos e uma reflexão sobre toda a investigação compreendemos que há três factores fundamentais para alcançar este conhecimento. São eles então: a necessidade de continuar a desenvolver estudos longitudinais, construir um instrumento que tenha a capacidade de distinguir os tipos de retraimento social e, por fim, parece importante compreender até que ponto quais das diferentes facetas do retraimento poderão acarretar consequências mais sérias a longo prazo na sintomatologia depressiva.

O instrumento ECP avalia dois aspectos do retraimento social: o retraimento passivo e o isolamento activo (Rubin & Mills, 1988) e Younger e Daniels (1992) referem que as crianças têm capacidade de diferenciar os comportamentos que se associam a cada um destes dois aspectos. Portanto, se as crianças já conseguem compreender que existem diferentes formas de isolamento com diferentes comportamentos associados, esta diferenciação deveria ser feita também nos instrumentos. Esta diferenciação é importante pois cada tipo de isolamento pode gerar consequências distintas. Rubin e Mills (1988) afirmam que o retraimento passivo tem como consequências mais prováveis a internalização de problemas, como a depressão. Já o isolamento activo, indicado como causa de comportamentos de agressividade e impulsividade (Rubin & Mills, 1988 e Rubin, Bukowski & Parker, 2006), poderá ter outras consequências. Por fim, existem aquelas pessoas que se isolam por terem uma preferência pela solidão (Rubin, Coplan & Bowker, 2006) pelo que podemos deduzir que não sofram de grandes consequências, pois o afastamento é opção das próprias por falta de motivação à aproximação.

Apesar de termos verificado existência de sintomatologia depressiva, nos adolescentes retraídos socialmente, apareceu como pouco expressivo. Como já foi referido, a solidão costuma estar a par da depressão, juntamente com outras consequências ligadas a perturbações internalizadas que surgem variadas vezes associadas ao contexto do retraimento social. Boivin, Hymel e Bukowski (1995) criaram uma extensão de um modelo proposto por Boivin e Hymel, modelo esse que foi elaborado numa tentativa de explicação das consequências sofridas por uma criança que se retrai socialmente. Esse modelo acabou por

se verificar. Então parece-nos pertinente que num estudo futuro fosse incluída uma medida de depressão, para aplicar a crianças retraídas socialmente e ao grupo de controlo.

De acordo com os factos verificados nesta investigação e também com as limitações que levaram a que alguns aspectos ficassem menos claros, pensamos que num estudo futuro seria importante, antes de mais, aumentar o número da amostra de forma a conseguirmos reunir uma amostra mais representativa da população. Outra das situações que se torna desde logo evidente é a necessidade de desenvolver estudos longitudinais mais longos.. Um estudo longitudinal permitiria uma melhor compreensão da dimensão dos efeitos do retraimento social não só a curto prazo, como também a médio e longo prazo. Capsi, Elder e Bem (1988), Rubin e Mills (1988) e Hymel e cols. (1990) são alguns dos autores que desenvolveram estudos longitudinais e verificaram que para crianças e adolescentes o retraimento social é preditor de problemas no futuro. Existe já um estudo longitudinal, o *Waterloo Longitudinal Project*, que teve como objectivo inicial explorar as implicações do retraimento social precoce. Este projecto tem vindo a ser desenvolvido desde 1980 e conta com descobertas muito frutíferas (Rubin, Both & Wilkinson, 1990).

Seria também muito importante num estudo futuro elaborar um instrumento que discriminasse as várias formas de uma criança/adolescente sofrer de um défice de interacção, seja por isolamento activo ou passivo e dentro do isolamento passivo, diferenciar aquele que acontece por timidez e ou apenas por pouca motivação à aproximação. Concluindo, os resultados obtidos têm interesse e é muito importante que se continuem a desenvolver estudos nesta área, de modo a aprofundar e melhor compreender o fenómeno do retraimento social e todas as consequências para o desenrolar potencial de futuras depressões.

De qualquer forma torna-se indispensável uma partilha de saberes. Depois de uma maior clarificação e compreensão dos fenómenos através deste tipo de estudos, torna-se importante a colaboração com os vários agentes sociais, professores, pais, outros educadores e profissionais de saúde. Um dos objectivos desta articulação, entre muitos outros, seria o de promover o desenvolvimento de competências por parte dos diferentes intervenientes, de forma que lhe permitissem funcionar como promotores de saúde e agentes de mudança. A implementação destas medidas visaria uma aquisição precoce de comportamentos saudáveis, comportamentos protectores de saúde através do ganho dessas competências sociais, tendo como alvo prioritário as crianças e os adolescentes com maior fragilidade social.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression, Jackson*. Mississippi: University Press of Mississippi.
- Ajuriaguerra (1980). *Manual de Psiquiatria Infantil*. São Paulo: Ed. Masson.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in Adolescence (pp. 319-335). In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: APA.
- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Arbeau, K. & Coplan, R. J. (2007). Kindergarten teachers' beliefs and responses to hypothetical prosocial, asocial, and antisocial children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 53(2), 291-318.
- Asendorpf, J. B. (1990). Development of inhibition during childhood: evidence for situational specificity and two-factor model. *Developmental Psychology*, 26(5), 721-730.
- Back, A. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interacção*, 3, 49-60.
- Bahls, S. (2002). Depression in childhood and adolescence: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-66.

- Beck, A. & all. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Zahar Editores.
- Beck, A. (1990) Cognitive specificity and positive-negative affectivity: complementary or contradictory views anxiety and depression? *J. Abnormal Psychology*, 148-155.
- Beck, A. (1999). *Prisoners of Hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York: Harper Collins.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation on anaclitic and introjective depression. In R. Eissler, M. Kris, A. Freud et Al. (Eds.) *The Psychoanalytic Study of the Child* (Vol. 29, 107-157). New Haven : Yale Univ. Press.
- Blatt, S. J., & Marauds, C. (1992). Convergence among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (2), 157-190.
- Bowker, J. C., & Raja, R. (2011). Social withdrawal subtypes during early adolescence in India. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (2), 201-212.
- Bowker, J. C., & Raja, R. (2011). Social withdrawal subtypes during early adolescence in India. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (2), 201-212.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Bowlby, J. P. (1985). *Perda, Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes Ed.

- Bradford, R. (1997). *Children, Family and Chronic Disease*. London: Routledge.
- Cantwell, D., & Crison, G. A. (1979). Problems and prospects in the study of childhood depression. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 167, 522-529.
- Caspi, A., Elder, G. H., Jr., & Bem, D. J. (1988). Moving away from the world: Life course patterns of shy children. *Developmental Psychology*, 24, 824-831.
- Chen, X., Chen, H. & Kaspar, V. (2001). Group social functioning and individual socioemotional and school adjustment in chinese children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47(2), 264-299.
- Chen, X., Rubin, K. H., Li, D. & Li, D. (1999). Adolescent outcomes of social functioning in chinese children. *International Journal of Behavioral Development*, 23(1), 199-223.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coleman, J. (1985). *Psicologia da Adolescência*. Madrid: Morata.
- Coplan, R. J. & Rubin, K. H. (2007). Social withdrawal in childhood: Conceptual approaches, definitions, and methodological issues.
- Coplan, R. J. Prakash, K., O'Neil, K. & Armer, M. (2004). Do you “want” to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40, 244–258.
- Coplan, R. J., & Armer, M. (2007). A “multitude” of solitude: A closer look at social withdrawal and nonsocial play in early childhood. *Child Development Perspectives*, 1, 26–32.
- Coplan, R. J., & Weeks, M. (2010). Unsociability in middle childhood: Conceptualization, assessment, and associations with socioemotional functioning. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56, 105–130.

- Coplan, R. J., & Weeks, M. (2010). Unsociability in middle childhood: Conceptualization, assessment, and associations with socioemotional functioning. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56, 105–130.
- Coplan, R. J., Closson, L., & Arbeau, K. (2007). Gender differences in the behavioral associates of loneliness and social dissatisfaction in kindergarten. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 988–995.
- Coplan, R. J., Gavinski-Molina, M., Lagacé-Séguin, D. G., & Wichmann, C. (2001). When girls versus boys play alone: Nonsocial play and adjustment in kindergarten. *Developmental Psychology*, 37(4), 464–474.
- Coplan, R. J., Gavinsky-Molina, M. H., Lagace-Seguin, D., & Wichmann, C. (2001). When girls versus boys play alone: Gender differences in the associates of nonsocial play in kindergarten. *Developmental Psychology*, 37, 464–474.
- Coplan, R. J., Wilson, J., Frohlick, S. L., & Zelenski, J. (2006). A person-oriented analysis of behavioral inhibition and behavioral activation in childhood. *Personality and Individual Differences*, 917–927.
- Correia, J. V. (2014). *As relações entre pares de jovens adolescentes Socialmente retirados*. Tese para obtenção do grau de Doutoramento em Psicologia (Especialidade em Psicologia do Desenvolvimento). Não publicada.
- Correia, J. V., Santos, A. J., Freitas, M., Rosado, A., & Rubin, K. (2014). Análise fatorial confirmatória do Extended Class Play numa amostra portuguesa de jovens adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 462–471.
- D. S.M III (1986). *Manual de Diagnostico e Estatístico dos Distúrbios Mentais*. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda. American Psychiatric Association.
- Dias, A. & Vicent, T. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- DSM IV (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.

- Feldman, S. & Weinberger, D. (1994). Self-Restraint as a Mediator of Family Influences on Boys Delinquent Behavior: A longitudinal study. *Child Develop*, 65 (1), 195-211.
- Ferreira, D., Santos, A. J., Ribeiro, O., Freitas, M., Correia, J. V., & Rubin, K. (2013). A Relação entre o Isolamento Social e o Sentimento de Solidão em Jovens Adolescentes. *Análise Psicológica*, 31(2), 1-11.
- Fleming M. (1997). *Adolescência e Autonomia*. (2ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Fradinho, J. Ca. (2012). *Estudo da Qualidade da Vinculação e da Amizade em Adolescentes Isolados Retraídos e Isolados Agressivos* (Tese de Mestrado).
- Gay, M. & Vogels, A. (1999). *Depressão na Infância e Adolescência*. S. Paulo: Summus.
- Goldrajch, D. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Psiquiatria*, 45 (12), 709-712.
- Guz, I. (1990). *O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Harrist, A. W., Zaia, A. F., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (1997). Subtypes of social withdrawal in early childhood: Sociometric status and social-cognitive differences across four years. *Child Development*, 68, 278–294.
- Hymel, S., Rubin, K., Rowden, L., LD/II0D, L. (1990) Child's LPeer Relationships: longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development* 61, 2004-2021.
- Juntilla, N., Vauras, M. (2009). Loneliness among school-aged children and their parents. *Scandinavian Journal of Psychology*. 50 (3), 211-219.
- Kay, J. & Tasman, A. (2006). *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos*. São Paulo: Manole.
- Kim, J., Rapee, R., Oh, K., & Moon, H. (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural

- comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence*, 31, 543–563.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Luthar, D., McMahon, T. (1996). Peer reputation among inner-city adolescents: Structure and Correlates. *Journal of Research on Adolescence*, 6 (4), 581-603.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes*. The Scientific Foundations of Psychotherapy. USA: Basic Books, Inc. A Division of Harper Collins Publishers.
- Marcoen, A., Brumagne, M. (1985). Loneliness among children and young adolescents. *Developmental Psychology*, 21, 6, 1025-1031.
- Masten, A.S., Morison, P., & Pellegrini, D.S. (1985). A revised class play method of peer assessment. *Developmental Psychology*, 21(1), 523-533.
- Menzer, M., Oh, W., McDonald, K., Rubin, K., & Dashiell-Aje, E. (2010). Behavioral correlates of peer exclusion and victimization of east asian american and european American young adolescents. *Asian American Journal of Psychology*, 1 (4), 290-302.
- Morison, P., Masten, A. (1991). Peer reputation in middle childhood as a predictor of Adaptation in Adolescence: A Seven-Year Follow-up. *Child Development*, 6 (5), 991-1007.
- Oh, W., Rubin, K. H., Bowker, J. C., Booth-LaForce, C., Rose-Krasnor, L., & Laursen, B. (2008). Trajectories of social withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 553-566.
- Perlman, D., Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. (Chapter 2, pp. 13-46). U.S. Government Printing Office.

- Renshaw, P., Brown, P. (1993). Loneliness in middle childhood: concurrent and longitudinal predictors. *Child Development, 64*, 1271-1284.
- Rubin, K. H. & Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly, 50* (4), 506-534.
- Rubin, K. H. (1982). Non-social play in preschoolers: Necessary evil? *Child Development, 53*, 651–657.
- Rubin, K. H. (1993). The Waterloo Longitudinal Project: Correlates and consequences of social withdrawal from childhood to early adolescence. In K. H. Rubin & J. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 291–314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood: Conceptual and definitional issues. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 3±17). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K. H., & Burgess, K. B. (2002). Parents of aggressive and withdrawn children. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*. (2th ed., Vol. 1, pp. 383-418). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly, 50*, 506±534.
- Rubin, K. H., Both, L., Wilkinson, M. (1990). The Waterloo longitudinal project: Correlates and consequences of social withdrawal in childhood. *Infancia y Aprendizaje, 49*, 73-90.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Coplan, R. J. (2002). Social inhibition and withdrawal in childhood. In P.K. Smith & C. Hart (Eds), *Handbook of Childhood Social Development* (pp. 2-47). London: Blackwell.

- Rubin, K. H., Coplan, R. J., Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in Childhood. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 141-171.
- Rubin, K. H., Hymel, S., & Mills, R. S. L. (1989). Sociability and social withdrawal in childhood: Stability and outcomes. *Journal of Personality*, 57 (2), 237-255.
- Rubin, K., Bukowski W. M., Parker, J. G. (2006b). Peer interactions, relationships ad groups. In Eisenberg, N. (Ed.). *Handbook of Child Psychology* (Vol. 3, Chap 10, 6th ed., pp. 571-645). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Rubin, K., Coplan, R., Bowker, J. (2003). Social withdrawal in childhood. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.). *Child Psychopathology* (Chap. 8, 2nd ed., pp. 372 – 401). New York: Guilford Press.
- Rubin, K., Mills, R. (1988). The many faces of social isolation in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 916-924.
- Sampaio D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho - O Adolescente e o Suicídio*. (2^aed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio D. (1993). *Vozes e Ruídos-Diálogos com Adolescentes*. (2^aed.) Lisboa: Editorial Caminho.
- Shafii, M. & Shafii S. (1995). Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In: Shafii, M. & Shafii, S. editores. *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.
- Spitz, R. & Nissen, G. (1983). Depressiones em la infancia y adolescencia. *Triangulo 21* (22-3), 73-87.
- Spitz, R. (1979). *O Primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Strecht, P. (1997). *Crescer Vazio* (2^a ed.). Lisboa.

- Syvälähti, E. (1994). Biological Aspects of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 11-15.
- Talbott, J. (2003). *The Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*. Philadelphia: Mosby.
- Teixeira, M. (2005). Melancolia e Depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4 (1), 41.
- Terrell-Deutsch, B. (1999). The conceptualization and measurement of childhood loneliness. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.) *Loneliness in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Todorov, J. (1982). Behaviorismo e análise experimental do comportamento. *Cadernos de análise do comportamento*, 3, 10-23.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24 (2), 129-141.
- Uruk, A. C., Demir, A. (2003). The role of peers and families in predicting the loneliness level of adolescents. *The Journal of Psychology*, 137 (2), 179-193.
- Vallejo, R. J. (1991). *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatria*. Barcelona: Salvat Ed.
- Vallejo, R. J. (1991). *Trastornos Depresivos*: 448-481. Barcelona: Salvat Ed.
- Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Cadernos da Depressão. Um Serviço à Profissão Médica. Porto.
- Veríssimo, M., Santos, A.J. (2008). Desenvolvimento social: Algumas considerações teóricas. *Análise Psicológica*, 3, 26, 389-394.
- Winnicott, D. (1963). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Younger, A. J., Daniels, T. M. (1992). Children's reasons for nominating their peer as withdrawn: Passive withdrawal versus active isolation. *Developmental Psychology*, 28 (5), 955-960.

ANEXOS

Médias dos grupos para as dimensões do funcionamento e reputação social.

| | Grupo Isolados-Retraídos | Grupo de Controlo |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|
| Agressão | -0,50 | -0,47 |
| Retirada Social | 1,17 | -0,50 |
| Exclusão | 0,45 | -0,37 |
| Vitimização | 0,00 | -0,27 |
| Comportamento Pró-social | 0,10 | 0,52 |
| Sociabilidade/Popularidade | -0,20 | 0,09 |

Médias dos grupos para as dimensões da depressão.

| | Grupo Isolados-Retraídos | Grupo de Controlo |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Humor Negativo | 2,61 | 2,16 |
| Problemas Interpessoais | 0,73 | 1,36 |
| Ineficácia | 3,23 | 2,24 |
| Anedonia | 2,69 | 2,58 |
| Autoestima negativa | 1,68 | 1,32 |
| Score Total | 10,92 | 9,64 |

Médias dos grupos, em função do sexo, para as dimensões do funcionamento e reputação social.

| | Grupo Isolados-Retraídos | | Grupo de Controlo | |
|----------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | Rapazes | Raparigas | Rapazes | Raparigas |
| Agressão | -0,49 | -0,52 | -0,50 | -0,44 |
| Retirada Social | 1,18 | 1,16 | -0,48 | -0,52 |
| Exclusão | 0,41 | 0,49 | -0,42 | -0,32 |
| Vitimização | 0,03 | -0,02 | -0,43 | -0,11 |
| Comportamento Pró-social | 0,13 | 0,06 | 0,50 | 0,53 |
| Sociabilidade/Popularidade | -0,07 | -0,33 | 0,04 | 0,14 |

Médias dos grupos, em função do sexo, para as dimensões da depressão.

| | Grupo Isolados-Retraídos | | Grupo de Controlo | |
|-------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | Rapazes | Raparigas | Rapazes | Raparigas |
| Humor Negativo | 2,49 | 2,73 | 2,14 | 2,18 |
| Problemas Interpessoais | 0,57 | 0,89 | 1,59 | 1,14 |
| Ineficácia | 2,79 | 3,67 | 2,24 | 2,24 |
| Anedonia | 2,43 | 2,96 | 3,28 | 1,88 |
| Autoestima negativa | 1,33 | 2,02 | 1,29 | 1,35 |
| Score Total | 9,57 | 12,26 | 10,53 | 8,75 |