



UC/FPCE — 2016

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**A psicopatologia da mãe como preditora da
sintomatologia depressiva no(a) adolescente mediada
pela qualidade da relação mãe/filho(a)**

Joana Filipa da Silva Petronilho

(email: joanaspsic@gmail.com)

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

A atual Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde – subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde - está inserida no âmbito do projeto "Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais" financiado pela Realan Foundation (USA).

A psicopatologia da mãe como preditora da sintomatologia depressiva no(a) adolescente mediada pela qualidade da relação mãe/filho(a)

A depressão constitui uma das perturbações psicológicas que pode surgir na adolescência, sendo a sua sintomatologia semelhante à dos adultos. O desenvolvimento desta perturbação tem aparecido associado a fatores de risco, entre os quais a psicopatologia materna bem como o conflito e a ausência de suporte na relação entre a mãe e o(a) adolescente.

Neste sentido surge a presente dissertação, inserida no âmbito de um projeto de prevenção da depressão na adolescência, com o intuito de explorar a associação entre a depressão dos(as) adolescentes e os fatores de risco psicopatologia materna e qualidade das relações mães-filhos(as) e, sobretudo para avaliar o efeito mediador da qualidade do relacionamento mãe/adolescente, na relação entre a presença de psicopatologia materna e a sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes. Para a concretização destes objetivos, realizámos um estudo longitudinal, em que a psicopatologia materna foi avaliada em T1, e a qualidade das relações mãe/adolescente e a sintomatologia depressiva dos adolescentes foram avaliadas seis meses mais tarde. Esta investigação recorreu a uma amostra comunitária de 97 adolescentes (65 do género feminino e 32 do género masculino), com idades entre os 13 e 16 anos, que frequentavam escolas públicas e privadas da região centro do país e as suas mães. Para o estudo das variáveis acima descritas utilizaram-se os seguintes instrumentos: 1) Children Depressive Inventory (CDI: Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo, 1994); 2) Brief Symptom Inventory (BSI: Derogatis, 1982; versão portuguesa Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Canavarro, 1999); 3) Inventory of the Quality of Interpersonal Relations (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991; versão portuguesa Inventário da Qualidade das Relações Interpessoais: Matos, Pinheiro, & Marques, 2013) e d) Adolescent – Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE: Keller et al., 1993; versão portuguesa: Matos & Costa, 2011).

Foram encontradas correlações positivas significativas das variáveis de psicopatologia materna, depressão, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos (BSI) com a sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes (CDI). Obteve-se também uma correlação positiva significativa entre o conflito na relação mães/filhos(as) e a depressão nos(as) adolescentes bem como uma correlação negativa significativa entre o suporte da mãe e a depressão nos(as) filhos(as). O índice composto CDI/funcionamento psicossocial revelou resultados similares aos descritos para o CDI. Apenas a depressão materna passou a ter uma correlação

não significativa com este índice, que considera ao mesmo tempo a existência de sintomatologia depressiva e menor nível de funcionamento psicossocial.

Os resultados da investigação revelaram efeitos mediadores parciais do conflito mãe/adolescente na relação entre a ansiedade fóbica e a ideação paranoide na mãe e a sintomatologia depressiva no(a) adolescente. Verificaram-se também efeitos mediadores totais do conflito mãe/adolescente na relação entre a depressão e o psicoticismo na mãe e a depressão no(a) filho(a). Relativamente ao suporte no relacionamento mãe/adolescente, este revelou ser um mediador parcial da relação entre o psicoticismo na mãe e depressão no(a) filho(a). Foram também realizadas análises de mediação com o índice composto CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente, sendo que todas as mediações foram totais, exceto o conflito na relação mãe/adolescente na associação entre a ideação paranoide da mãe e este índice composto, que revelou ser um mediador parcial. Assim, quando comparámos com os resultados obtidos com o CDI, denotou-se que o conflito passou a ser mediador total na relação entre a ansiedade fóbica materna e o índice composto assim como o suporte que também passou a ter efeito mediador total na relação entre psicoticismo e depressão materna e o índice composto.

Estes resultados enfatizam o impacto da qualidade da relação entre mãe/filho(a), no desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes e no seu funcionamento psicossocial. Esta investigação também confirma os resultados de outros estudos que salientam que o estabelecimento de relação onde predomina o suporte em detrimento do conflito constitui um fator protetor do aparecimento da depressão nos mais jovens.

A presente investigação sugere implicações para a prática clínica na prevenção e tratamento da depressão, nomeadamente a necessidade de efetuar uma avaliação rigorosa da sintomatologia, dos fatores de risco e de intervir na depressão do(a) adolescente e na psicopatologia materna. Este estudo realça ainda a importância de analisar a qualidade da relação entre a mãe e o(a) filho(a) e de implementar estratégias para melhorar esta relação. Parece também ser fundamental investir no desenvolvimento de programas de prevenção da depressão na adolescência.

Palavras-chave: psicopatologia materna, sintomatologia depressiva, qualidade da relação mãe/filho(a), adolescência, mediação

Mother's psychopathology as a predictor of adolescent's depression mediated by the quality of mother-adolescent relationship

Depression is one of the psychological disorders that can arise in adolescence, with similar symptoms to those found in adults. The development of this disorder has appeared associated with certain risk factors, including maternal psychopathology as well as conflict and the absence of support in the relationship between the mother and the adolescent.

This master thesis, inserted in the framework of a project of prevention of depression in adolescents, aims to study the association between the depression levels in adolescents, the risk factors maternal psychopathology and quality of mother/adolescent relationship, and especially evaluating the mediating effect of the quality of the relationship mother/adolescent, in the relation between the presence of maternal psychopathology and depressive symptomatology in adolescents. To achieve these objectives, we performed a longitudinal study where maternal psychopathology was evaluated at T1, and the quality of the mother/adolescent relationship and the adolescents' depressive symptomatology were evaluated 6 months later. This study used a community sample of 97 adolescents (65 female and 32 male), with ages between 13 and 16 years, from public and private schools in the central region of Portugal, and their mothers. For the analysis of the variables described above, the following instruments were used: 1) Children's Depressive Inventory (CDI: Kovacs, 1983; Portuguese version: Marujo, 1994); 2) Brief Symptom Inventory (BSI: Derogatis, 1982; Portuguese version: Canavarro, 1993); 3) Inventory of the Quality of Interpersonal Relations (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991; Portuguese version: Matos, Pinheiro & Marques, 2013) and d) Adolescent – Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE: Keller et al., 1993; Portuguese version: Matos & Costa, 2011).

Results showed positive and significant correlations in variables of maternal psychopathology, depression, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism, the Global Severity Index and the Positive Symptoms Total (BSI) with the adolescents' depressive symptomatology (CDI). We also obtained a positive significant correlation between conflict in mother/adolescent relationship, and depression in adolescents, as well as negative significant correlation between the mothers' support and depression in adolescents. The composite index CDI/psychosocial functioning revealed similar results to those described for the CDI. Only the maternal depression had showed a non-

significant correlation with this index, which regards both the depressive symptoms and lower level of psychosocial functioning.

This study revealed effects of partial mediation of conflict mother/adolescent in the relationship between phobic anxiety and paranoid ideation in the mother and adolescents' depressive symptomatology. There were also found effects of total mediation of conflict mother/adolescent in the relationship between depression and the psychoticism in the mother and depression in the adolescent. The support in the relationship mother/adolescent revealed to be a partial mediator of the relation between the psychoticism in the mother and depressive symptomatology in the adolescent. We also did analyses of mediation with the composite index CDI/psychosocial functioning as the dependent variable, and results showed that all were total mediations, except for the conflict in the relationship mother/adolescent in the association of paranoid ideation of the mother and this composite index, that revealed to be a partial mediator. Thus, when compared to the results obtained with the CDI, we denoted that the conflict came to be a total mediator in the relationship between phobic anxiety in mother, and the composite index, as well as the support that also came to have a total mediating effect in the relationship between psychoticism and maternal depression and the composite index.

These results emphasized the impact of the quality of the relationship between mother/adolescent in the development of depressive symptomatology in adolescents and on their psychosocial functioning. This study also confirms other studies results that emphasized that the establishment of a relationship where support, instead of the conflict, can be a protective factor in the development of depression in adolescents.

This study suggests implications for clinical practice in prevention and treatment of depression, in particular the need to make an accurate assessment of symptoms and risk factors, and need of intervention in depression in adolescence and in maternal psychopathology. This study also shows the importance of analyzing the quality of the relationship between mother and adolescent and implementing strategies to improve the relationship. It is also seems to be essential developing programs for the prevention of depression in adolescence.

Key words: maternal psychopathology, depressive symptoms, quality of mother-adolescent relationship, adolescence, mediation

Agradecimentos

Aos meus pais, que me permitiram concretizar este sonho. Agradeço por toda a paciência, pelo esforço que fizeram para me proporcionarem este percurso, por me darem força para continuar a atingir os meus objetivos e a nunca desistir. Obrigado por terem estado sempre presentes em todos os momentos, apesar de saber o quão difícil muitas das vezes era para o conseguirem.

À minha irmã, pela cumplicidade, carinho, apoio incondicional, compreensão pela minha ausência e por não a ter ajudado mais. Obrigado pelas brincadeiras, por fazeres tudo parecer mais fácil e por acreditares sempre em mim. Não sei o que seria de mim se não te tivesse na minha vida!

Aos meus avós maternos, por toda a ajuda, incentivo, carinho, preocupação constante e orgulho que demonstram quando me veem a alcançar os meus objetivos. Ao avô, em particular, por ser exemplo que mesmo quando parecia ser impossível, mostrou que não devemos desistir e vencer as adversidades. És um guerreiro!

À avó paterna que sei que também estaria orgulhosa. Obrigado pela lembrança que fizeste questão de me deixar mesmo já não estando entre nós. Quero que saibas que significou muito para mim!

Aos meus amigos, por acreditarem em mim, pelo incentivo, apoio, conforto, pelos momentos de descontração, sobretudo quando estava mais “stressada”. Obrigado pela compreensão, pelo carinho e por se manterem comigo apesar da distância. Prometo que vou compensar os momentos em que estive mais ausente ou recusei alguns convites por causa dos trabalhos que tinha de realizar. Sem vocês a concretização desta etapa era mais difícil!

À Professora Doutora Ana Paula Matos, pela orientação, disponibilidade, conhecimento transmitido, incentivo ao trabalho rigoroso, paciência e ajuda ao longo deste ano de modo a permitir concretizar o sonho.

Ao Professor Doutor José Joaquim, pela boa disposição e disponibilidade que demonstrou para ajudar na realização da dissertação.

À Professora Doutora Florbela Vitória e ao Professor Doutor Bruno de Sousa, pela disponibilidade para esclarecerem as dúvidas relacionadas com a estatística.

Aos professores, sobretudo ao Professor Doutor José Pinto Gouveia, Professora Doutora Maria do Céu Salvador, Professora Doutora Paula Castilho, Professor Doutor Daniel Rijo, Professora Doutora Cláudia Ferreira e Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, por me terem inspirado na escolha da especialização, por todos os conhecimentos transmitidos ao longo da minha formação académica que serão fundamentais para a prática clínica e por serem o exemplo de futura profissional que ambiciono ser.

Aos estagiários do Projeto, pela simpatia e disponibilidade que mostraram no esclarecimento das dúvidas que pareciam infundáveis.

Às colegas de tese, pela ajuda e partilha de experiências ao longo deste ano.

A todas as escolas, professores e adolescentes que aceitaram participar na investigação, pois sem eles este trabalho não seria possível.

A todos aqueles que, de forma mais ou menos direta, contribuíram para finalizar esta etapa.

A Coimbra, por me teres acolhido tão bem, por todos os bons momentos que me proporcionaste e pessoas que puseste no meu caminho. Obrigado por te tornares a minha segunda casa, por estes cinco anos de aprendizagens e de momentos que vou recordar com saudade. “Amo-te com a força de quem não te quer ver partir”

Muito obrigada a todos!

Índice

Introdução.....	1
1.Enquadramento conceptual.....	2
1.1. A adolescência e a depressão.....	2
1.2. Psicopatologia parental e depressão nos(as) filhos(as).....	4
1.3. Psicopatologia parental, depressão no(a) adolescente e a qualidade das relações pais-filhos(as)	5
2.Objetivos e Hipóteses	10
3. Metodologia.....	12
3.1. Participantes	12
3.2. Instrumentos	13
3.2.1. Ficha sociodemográfica.....	13
3.2.2. Children Depressive Inventory (CDI)	13
3.2.3. Brief Symptom Inventory (BSI).....	14
3.2.4. Inventory of the Quality of Interpersonal Relations (IQRI)	15
3.2.5. Adolescent – Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE).....	17
3.3. Procedimentos de recolha de dados.....	18
3.4. Estratégia analítica.....	19
4.Resultados.....	20
5. Discussão	37
6. Bibliografia.....	48

Introdução

A adolescência consiste numa fase do desenvolvimento em que ocorre a transição entre a infância e idade adulta, sendo caracterizada por mudanças a nível físico, emocional e social. Face a isto, tais mudanças podem vulnerabilizar o jovem para o desenvolvimento de perturbações emocionais, nomeadamente a depressão (Bahls, 2002). Esta perturbação causa mal-estar significativo e interfere na qualidade das relações do adolescente com os familiares e amigos assim como no seu rendimento escolar (Bahls, 2002; Bahls & Bahls, 2002; Hankin et al., 1998; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999).

Na literatura são apresentados múltiplos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da perturbação depressiva nos adolescentes, entre as quais a presença de alguma perturbação psicológica nos pais. A presença de depressão parental, sobretudo na mãe, tem sido descrita como o principal fator de risco para a depressão nos adolescentes (Goodman, 2007; Kane & Garber, 2004). Esta perturbação aparece associada ao aumento do conflito familiar assim como a menos coesão (Sander, & McCarty, 2005). Nestas famílias é também frequente a existência de padrões de interação em que predomina a hostilidade, a rejeição e a ausência de suporte afetivo (Crujo, & Marques, 2009; Wilson & Durbin, 2010).

Neste sentido, a presente dissertação tem como objetivo analisar o impacto da sintomatologia psicopatológica da mãe no desenvolvimento da perturbação depressiva nos/nas adolescentes. No seguimento da revisão da literatura, pretende ainda estudar a existência de um efeito mediador da qualidade da relação entre mãe e filho(a) na associação entre a psicopatologia materna e depressão nos jovens, avaliando a profundidade, o suporte e conflito na relação.

1. Enquadramento conceptual

1.1. A adolescência e a depressão

A adolescência consiste numa etapa do desenvolvimento em que o indivíduo atravessa um conjunto de alterações físicas, psicológicas e sociais, tendo como tarefa desenvolvimental a formação da sua identidade, a autoafirmação e a aquisição de alguma independência, aproximando-se mais do grupo de pares em detrimento da família. Nesta fase, torna-se mais propenso a desenvolver problemas emocionais e comportamentais (Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002).

A depressão é uma das patologias que pode surgir nesta fase desenvolvimental, sendo a sintomatologia semelhante à dos adultos, embora tenha algumas especificidades como a irritabilidade ou instabilidade que podem substituir ou oscilar com os períodos de tristeza (Bahls, 2002). Outros sintomas possíveis são a diminuição do prazer/interesse nas atividades que o adolescente valorizava, a alteração de apetite e/ou peso, a perturbação do sono, a lentificação ou agitação psicomotora, a perda de energia, os sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, as dificuldades de concentração bem como a falta de esperança, a apatia, o isolamento, ou em casos mais graves, a ideação suicida com tentativa de suicídio. Esta patologia pode ainda, provocar baixa autoestima, diminuição do rendimento escolar, abuso de álcool ou drogas (APA, 2013; Bahls, 2002; Bahls & Bahls, 2002; Cook, Peterson, & Sheldon, 2009; Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005).

A depressão constitui uma das perturbações psicológicas mais frequentes, afetando aproximadamente 350 milhões de pessoas, distinguindo-se das oscilações normativas de humor ou da resposta emocional a acontecimentos desafiantes que surgem no dia-a-dia (WHO, 2015). A perturbação depressiva, possui uma taxa de prevalência de 2% na infância e varia entre 4 a 7 % na adolescência (Costello, et al., 2002). Esta patologia interfere no funcionamento académico, profissional e no contexto familiar, resultando de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2015).

Existem fatores que podem influenciar o desenvolvimento da depressão como os fatores biológicos, o temperamento (Chess & Thomas, 1986 *cit in* Séguin, Manion,

Cloutier, McEvoy, & Cappelli, 2003), a história familiar de depressão (Cook, Peterson, & Sheldon, 2009), ou a acumulação de experiências de vida adversas como a negligência parental ou perdas na infância (Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy, & Cappelli, 2003).

No início da adolescência, as raparigas aparecem como mais deprimidas que os rapazes, quer em termos de frequência quer em termos gravidade (Goodman, Rouse, Connell, Robbins, Broth, Hall, & Heyward, 2011; Hankin, Mermelstein, & Roesch, 2007). Esta diferença de género na manifestação da patologia pode ser atribuída ao facto das raparigas estarem expostas a um maior número de acontecimentos *stressores*, serem mais facilmente afetadas emocionalmente pelos acontecimentos de vida negativos no contexto das relações familiares, com os pares e relações amorosas (Hankin, Mermelstein, & Roesch, 2007). Alguns investigadores encontraram diferenças de género na expressão da sintomatologia, demonstrando que as raparigas sentem mais tristeza, ansiedade, raiva e diminuição da autoestima (Bahls & Bahls, 2002; Baron & Campbell, 1993). Quanto aos rapazes apresentam mais sentimentos de desvalorização, sintomas de oposição /desafio, problemas de comportamento, agressividade e abuso de substâncias (Bahls & Bahls, 2002; Baron & Campbell, 1993), bem como fugas de casa e faltas escolares (Bahls & Bahls, 2002). As raparigas tendem, também, a apresentar perceção mais negativa da aparência física e competência académica, o que se associa mais fortemente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Estas valorizam o estabelecimento de relações interpessoais enquanto que os rapazes se focam na concretização dos seus objetivos (Eberhart, Shih, Hammen & Brennan, 2006). As raparigas apresentam mais ideação suicida (Azevedo & Matos, 2014; Pace & Zappulla, 2010), sobretudo quando têm depressão em níveis moderados, constituindo um indicador de maior gravidade da sintomatologia (Azevedo & Matos, 2014). A ruminação relaciona-se com o aumento do humor deprimido (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), sendo que as raparigas apresentam níveis de ruminação superiores aos rapazes (Margolese, Markiewicz & Doyle, 2005). Segundo Nolen-Hoeksema (1998), os indivíduos que recorrem à ruminação, focando-se na sintomatologia, na procura das causas e consequências da depressão, tendem a ter agravamento da perturbação. A

ruminação torna a interpretação dos acontecimentos e memórias desagradáveis mais acessíveis, aumentando a probabilidade de ser entendida como exemplo na tomada de decisão de futuros acontecimentos. A ruminação dificulta o processo de resolução de problemas levando à distorção do pensamento e ao pessimismo (Nolen-Hoeksema, 1998).

Na literatura, a depressão tem sido associada a prejuízos no funcionamento psicossocial, sendo que o aumento da severidade da perturbação se relaciona com o aumento da invalidação no funcionamento (Judd et al., 2000; Solomon et al., 2008). Em Portugal, foi feita uma investigação recorrendo a uma amostra de 25 adolescentes da população geral e 16 de uma amostra clínica para avaliar a relação entre a sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI) e o funcionamento psicossocial (analisado a partir da A-LIFE), verificando-se na primeira amostra uma correlação moderada ($r=.416$) e na amostra clínica uma correlação elevada ($r=.768$). Face a isto, concluiu-se que a presença de sintomatologia depressiva se associava a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial, sobretudo no domínio das relações interpessoais (Costa, 2011).

1.2. Psicopatologia parental e depressão nos(as) filhos(as)

A literatura refere que a psicopatologia parental como a depressão, a ansiedade e a perturbação antissocial podem relacionar-se com o desenvolvimento da perturbação depressiva nos(as) filhos(as) (Goodman & Gotlib, 1999; Capaldi, Pears, Kerr, & Owen, 2008). A presença de depressão em ambas as figuras parentais encontra-se associada ao aumento do risco dos(as) filhos(as) desenvolverem esta perturbação (Brennan, Hammen, Katz & Le Brocque, 2002), sendo que as crianças em que a mãe apresenta um quadro depressivo têm maior propensão para desenvolver perturbações internalizantes ou externalizantes (Goodman & Gotlib, 1999; Kim-Cohen, Moffitt, Taylor, Pawlby & Caspi, 2005). A partir de investigações realizadas, concluiu-se que os(as) filhos(as) de pais deprimidos apresentam uma probabilidade de 20 a 41% superior de desenvolver depressão que os(as) filhos(as) de pais não deprimidos (Goodman, 2007) bem como ansiedade, auto-culpabilização e dificuldades interpessoais (Nomura, Wickramaratne,

Warner, Mufson, & Weissman, 2002). Alguns autores referem que as mães, por norma, desempenham o papel de cuidador principal, passando mais tempo com o(a) filho(a), o que aumenta o risco de transmissão da psicopatologia (Goodman & Gotlib, 1999). Para além disto, os(as) filhos(as) de pais com perturbação depressiva podem apresentar maior invalidação decorrente da sintomatologia devido ao modelamento, encontrando-se expostos às cognições e estratégias de *coping* negativas dos cuidadores, ao ambiente familiar disfuncional, prejudicando a qualidade das relações pais-filhos(as) (Epkins & Heckler, 2011; Garber & Martin, 2002; Walker & McKinney, 2015).

Na literatura, verificou-se a existência de uma associação positiva entre o aumento da severidade da depressão nos(as) filhos(as) de pais deprimidos em comparação com os(as) jovens com pais sem esta psicopatologia (Timko, Cronkite, Swindle, Robinson, Sutkowi & Moos, 2009).

A presença de depressão na mãe exerce efeito preditor no desenvolvimento da perturbação nos(as) filhos(as) aos 15 anos, o que por sua vez prediz a depressão aos 20 anos (Hammen, Hazel, Brennan & Najman, 2012).

A maioria das investigações foca-se na depressão materna como preditora da depressão nos(as) adolescentes, no entanto verificou-se que, embora sejam precisos mais estudos, a depressão na figura paterna exerce um risco comparável à materna (Connell & Goodman, 2002; Kane & Garber, 2004). Têm sido apresentados alguns estudos que demonstraram a existência de uma relação entre a depressão no pai e o desenvolvimento de sintomatologia no(a) adolescente, indicando que a depressão no pai pode estar associada ao desajustamento no(a) filho(a) (Connell & Goodman, 2002). Brennan, Hammen, Katz e Le Brocque (2002) concluíram que a existência de perturbação depressiva no pai exerce um papel importante no desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes.

1.3. Psicopatologia parental, depressão no(a) adolescente e a qualidade das relações pais-filhos(as)

A partir da teoria da vinculação, percebeu-se que a ligação entre os pais e o(a) filho(a) exercia impacto ao longo do ciclo de vida e na forma como se percecionava a si

e ao meio que o(a) rodeava. Os pais deprimidos tinham maior probabilidade de promover uma vinculação insegura ou desorganizada, o que por sua vez criava na criança modelos internos negativos, levando-a a adquirir uma visão negativa acerca de si própria, dos outros como incapazes de lhe fornecer cuidado, e do mundo como perigoso (Walker & McKinney, 2015). A literatura sugere que as mães com depressão são menos responsivas, estabelecendo interações mais negativas e ineficazes com os(as) filhos(as), em comparação com as mães não deprimidas (Kane & Garber, 2004). Por sua vez, os filhos(as) apresentam risco de desenvolver vínculos inseguros em comparação com os filhos(as) de mães sem perturbação (Toth, Rogosch, Manly, & Cicchetti, 2006). No caso das raparigas que apresentam visão negativa de si e/ ou dos outros na relação com a mãe, têm maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva, isto é, as raparigas tendem a fazer atribuições negativas em resposta a acontecimentos *stressores* que envolvem a mãe, que por sua vez se associam ao aumento dos sintomas depressivos. Esta predominância de atribuições negativas acerca de si e da cuidadora funciona como mediadora da relação entre a vinculação insegura e a depressão no(a) jovem (Margolese, Markiewicz, & Doyle, 2005). As mães deprimidas, quando comparadas com as mães sem perturbação, são mais propensas a desenvolver interações coercivas com os(as) filhos(as). Este tipo de interações parece contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia nos mais novos devido à aprendizagem por observação dos comportamentos hostis (Kane & Garber, 2004). As mães com diagnóstico de depressão tendiam a ser menos responsivas, não satisfazendo as necessidades dos(as) filhos(as), bem como a serem mais críticas e hostis, resultante dos sintomas da depressão, como a anedonia ou a irritabilidade (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Wilson & Durbin, 2010), o que podia contribuir para o desenvolvimento de baixa autoestima e sentimento de rejeição nos mais novos (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007).

Mckinney e Milone (2012) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o impacto da psicopatologia parental, das práticas parentais e do género no desenvolvimento adaptativo dos(as) adolescentes, concluindo que níveis superiores de psicopatologia parental se correlacionavam significativamente com níveis mais elevados

de psicopatologia na adolescência e mais baixos de parentalidade positiva. As raparigas, cujas mães sofrem de psicopatologia, têm um risco superior de desenvolver depressão em relação aos rapazes, dado que na adolescência a relação mãe/filha tende a ser mais conflituosa que a relação mãe/filho (Steinberg, 1987). As raparigas são educadas para valorizarem as relações e a família, daí que sejam mais sensíveis aos conflitos familiares e ao relacionamento mãe/filha, o que as pode predispor ao desenvolvimento da depressão (Abela, Skitch, Adams, & Hankin, 2006).

Existe, assim, uma relação recíproca entre a depressão no(a) adolescente e os estilos parentais uma vez que as práticas parentais se relacionam com o desenvolvimento da depressão no(a) jovem, mas a parentalidade também é afetada pelo desafio de educar um/a adolescente deprimido(a) (Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy & Cappelli, 2003). Neste sentido, foi realizada uma investigação com três grupos: um com famílias em que existia um/a adolescente e pelo menos uma figura de vinculação com diagnóstico de depressão (DA/DP); outro em que existia um/a adolescente deprimido(a) e a mãe/ pai sem o diagnóstico (DA/NDP) e o último, com famílias onde não existia nenhum elemento deprimido (NDA/NDP). Eram esperadas relações pais-filho(a) mais aversivas em DA/DP que em DA/NDP ou NDA/NDP. Os autores concluíram que as mães deprimidas experienciavam um número superior de acontecimentos de vida negativos em comparação com as que não tinham o diagnóstico. As mães deprimidas apareciam também como menos responsivas às necessidades afetivas dos(as) filhos(as). Assim, os(as) adolescentes deprimidos(as) cujas mães não apresentavam o diagnóstico de depressão (DA/DNP) avaliaram as mães como mais protetoras que as que tinham a perturbação (DA/DP). Este resultado pode ser explicado pelo facto de as mães sem depressão procurarem satisfazer as necessidades dos(as) filhos(as) deprimidos(as), superprotejo-os(as), enquanto que as mães com perturbação depressiva se focam no seu sofrimento, descurando as necessidades afetivas dos(as) filhos(as) deprimidos(as) (Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy & Cappelli, 2003).

A relação positiva pais-adolescente caracteriza-se pelo suporte, carinho, aprovação e baixos níveis de tensão, de modo a favorecer o relacionamento com o(a) pai/mãe e reduzir o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Kenny, Dooley &

Fitzgerald, 2013). Schenfelder, Sandler, Wolchik, & MacKinnon (2011) defendem que a existência de fontes de suporte (família, amigos, colegas da escola, namorado/a) reduz o risco de desenvolver depressão na adolescência, existindo uma associação entre relações fracas e desenvolvimento de sintomatologia.

Pierce, Sarason e Sarason (1991) desenvolveram o “*Inventory of the Quality of Interpersonal Relations*” para avaliar a percepção de conflito, suporte e profundidade num relacionamento com a mãe, o pai e o(a) amigo(a). A percepção de suporte social constitui um componente fundamental das relações e define-se como as expectativas do indivíduo em relação ao auxílio e apoio emocional que os outros lhe disponibilizam. Os indivíduos que relatam ter fontes de suporte social são mais otimistas e capazes de lidar com o stress, sendo o suporte social considerado um possível fator protetor da sintomatologia depressiva (Williams & Galliher, 2006).

Alguns estudos investigam a existência de variáveis moderadoras ou mediadoras na relação entre a depressão parental e/ou parentalidade e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos(as) filhos(as). No que respeita aos estudos de mediação encontrados, os autores analisaram como variáveis mediadoras a qualidade da parentalidade e o tempo em família e enquanto moderador o funcionamento psicossocial do(a) adolescente. Quanto à mediação, encontrámos que a relação entre a depressão materna e a depressão nos(as) filhos(as) é mediada pela qualidade da parentalidade. Existem duas dimensões principais da parentalidade: a responsividade e a autonomia-suporte (Brenning, Soenens, Braet & Bal, 2012). A primeira refere-se à capacidade dos pais de interagirem com o(a) filho(a) com carinho, afeto e envolvimento (Davidov & Grusec, 2006), favorecendo a sensação de segurança nos momentos de tensão (Soenens et al., 2007). A autonomia-suporte caracteriza a capacidade dos pais permitirem aos filhos explorar o meio, agindo consoante as suas preferências, assegurando o desenvolvimento da volição, entendendo a perspetiva dos mesmos sem impor escolhas ou comportamentos (Ryan, Deci, Grolnick, & La Guardia, 2006; Soenens et al. 2007). Os resultados do estudo de Brenning, Soenens, Braet e Bal (2012) revelaram a presença de uma associação positiva entre a sintomatologia internalizante da mãe e dos(as) adolescentes. Os sintomas internalizantes da mãe apareceram relacionados com baixos

níveis de responsividade e de autonomia-suporte. A baixa responsividade apareceu como relacionada com a vinculação evitante nos(as) adolescentes e a baixa autonomia-suporte com a vinculação ansiosa, o que por sua vez provocava sintomatologia no(a) filho(a). Esta relação podia ser explicada pelo facto do exercício da parentalidade necessitar de energia, capacidade essa que se encontra deficitária na presença de depressão. Os resultados indicaram a existência de relação entre os sintomas internalizantes da mãe e do(a) adolescente, sendo parcialmente mediada pelas dimensões da parentalidade e vinculação mãe/adolescente (Brenning, Soenens, Braet & Bal, 2012). Esta relação encontra-se associada à vinculação, sendo que para estabelecer uma relação segura, os pais devem promover o conforto, a tranquilidade e a proteção aos filhos(as), constituindo o porto seguro dos mesmos(as) (Bowlby 1988), permitindo a exploração do meio (Ainsworth, 1969). Quando os pais exercem controlo excessivo sobre o comportamento dos(as) filhos(as), estes(as) podem desenvolver perceção de si mesmos(as) como incompetentes, como dependentes dos pais, tendo menos oportunidades de desenvolver sentido de mestria, o que os(as) pode predispor ao desenvolvimento de ansiedade ou depressão (Bögels & Brechman-Toussaint 2006; McLeod, Weisz, & Wood, 2007). Uma outra investigação realizada por Desha, Nicholson e Ziviani (2011) teve como objetivo mostrar que o tempo que os(as) adolescentes passam com os pais e irmãos se relaciona com menor gravidade da depressão, sendo esta associação mediada pela qualidade do relacionamento com a família. Este estudo confirmou que o tempo em família funcionava como fator protetor da sintomatologia depressiva assim como a perceção dos(as) adolescentes acerca da proximidade da relação com os cuidadores, isto é, os(as) jovens que passam mais tempo com os pais apresentam menos sintomatologia e têm uma perceção dos cuidadores como mais apoiantes. Assim, os(as) adolescentes deprimidos(as) que passavam menos tempo com os pais tinham menores competências sociais, menos suporte, interferindo com o bem-estar psicológico (Desha, Nicholson, & Ziviani, 2011). No que concerne à moderação, Brito, Matos, Pinheiro e Monteiro (2015) estudaram a relação entre a qualidade das relações interpessoais e a depressão nos(as) adolescentes, moderada pelo funcionamento interpessoal. As raparigas apareceram como mais deprimidas que os

rapazes bem como com maior percepção de suporte e profundidade na relação com a mãe. Para além disto, encontraram que o suporte/profundidade se associava a menores níveis de sintomatologia depressiva e o conflito era preditor do aumento desses sintomas. As autoras concluíram que estabelecer bons relacionamentos com a família e amigos e ter bom desempenho académico eram preditores de menores níveis de sintomatologia depressiva. Outra das conclusões do estudo consistiu na verificação de um efeito moderador do desempenho escolar na relação entre a percepção de conflito com o pai e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos adolescentes, sendo que ter valores baixos de conflito com o pai e bom rendimento escolar prediziam menos depressão (Brito, Matos, Pinheiro, & Monteiro, 2015). Este estudo confirmou, também, as conclusões de outras investigações que demonstraram que os contextos familiares onde não existiam relações de proximidade e suporte bem como a existência de conflito se encontravam relacionadas com os sintomas depressivos (Sheeber et al., 2007). O conflito na relação pais-filho(a) tem sido apontado como possível variável mediadora da relação entre a depressão parental e a psicopatologia nos(as) filhos(as) (Kane & Garber, 2004).

Em resumo, o suporte parental, a proximidade, a aprovação, o conflito e criticismo aparecem, também, como relacionados com a depressão na adolescência (Epkins & Heckler, 2011). A qualidade das relações mãe/filho desempenha um papel importante na manutenção da saúde mental dos adolescentes (Margolese, Markiewicz & Doyle, 2005). Assim, confirma-se que a psicopatologia parental constitui um dos mecanismos fundamentais do desenvolvimento da depressão em crianças e adolescentes visto que provoca desgaste na família, o que por sua vez pode levar à psicopatologia nos filhos(as) e prejudicar a relação entre pais e filhos(as) (Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy & Cappelli, 2003).

2. Objetivos e Hipóteses

A presente investigação insere-se no âmbito do Projeto “Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes

e pais”, visando avaliar a presença de sintomatologia depressiva nos adolescentes ao longo do tempo e de que modo pode ser influenciada pela presença de psicopatologia na mãe assim como pela qualidade das relações entre a mãe e o(a) filho(a). No que respeita a esta última variável, pretende-se analisar a importância do suporte e proximidade como fatores protetores da sintomatologia depressiva nos adolescentes bem como a presença de conflito nas relações mãe/filhos(as) como um fator de risco para a sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes. Assim, pretende-se avaliar se a psicopatologia na mãe é preditora da depressão nos(as) adolescentes bem como se existe um efeito mediador da qualidade das relações mãe/filho(a) na associação entre a psicopatologia materna e sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes. Para a concretização destes objetivos, realizou-se um estudo longitudinal, em que se avaliou a presença de psicopatologia na mãe, a partir do BSI num primeiro momento (tempo 1) e a sintomatologia depressiva no(a) adolescente, seis meses depois (tempo 2). O BSI foi conceptualizado como variável independente e o CDI total como variável dependente. A variável mediadora qualidade das relações mãe/filho(a) foi avaliada no tempo 2, através da resposta versão mãe do IQRI. Na presente investigação realizaram-se também análises usando como variável dependente o índice compósito CDI/Funcionamento psicossocial, que conjuga as variáveis CDI total e Funcionamento Psicossocial. Com base nos objetivos referidos, definiram-se as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças significativas na sintomatologia depressiva consoante o género dos sujeitos, estimando-se a presença de níveis superiores nas raparigas.

H2: Existem diferenças significativas entre os géneros na perceção da qualidade das relações com a figura materna, estimando-se níveis superiores de conflito, profundidade e suporte nas raparigas.

H3: A psicopatologia materna (tempo 1) está associada a níveis menores de suporte e profundidade na relação com os(as) filhos(as) (tempo 2).

H4: A psicopatologia materna (tempo 1) está relacionada com maior conflito com os(as) adolescentes (tempo 2).

H5: O suporte da mãe encontra-se negativamente associado com a depressão nos(as) adolescentes.

H6: A profundidade na relação com a mãe encontra-se negativamente associada com a perturbação depressiva nos(as) adolescentes.

H7: O conflito na relação entre mãe e filhos(as) está positivamente associado com a sintomatologia depressiva nos(as) filhos(as).

H8: Estima-se que existe um efeito mediador da qualidade das relações na relação entre psicopatologia da mãe (depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, sensibilidade interpessoal e hostilidade) e depressão nos(as) adolescentes.

H9: Existe um efeito mediador da qualidade das relações na relação entre psicopatologia da mãe e o índice compósito CDI/Funcionamento Psicossocial.

3. Metodologia

3.1. Participantes

Para a realização da presente investigação, recorreu-se a amostra comunitária de 97 adolescentes, dos quais 65 (67 %) eram do género feminino e 32 (33%) do género masculino, com idades entre os 13 e 16 anos, sendo a média de 13.99 anos (DP=.95). Os participantes frequentavam o 3º ciclo e o ensino secundário em escolas públicas e privadas da região centro de Portugal, sendo que a maioria nunca reprovou (80.4%). Dos 19 (19.6%) adolescentes que já reprovaram, 14 (14.4%) reprovaram uma vez, 4 (4.1%) reprovaram duas vezes e 1 (1%) reprovou três vezes. Em relação ao rendimento escolar, 2 (2.1%) adolescentes consideraram ser “insuficiente”, 15 (15.5%) afirmaram

ser “suficiente”, 32 (33%) classificaram como “satisfatório”, 43 (44.3%) como “bom” e 5 (5.2%) como “muito bom”. A maioria dos participantes pertencia ao nível socioeconómico baixo (n= 66; 68%), seguido do médio (n=19; 19.6%) e elevado (n=12; 12.4%) (cf. Anexo1: Tabela 1).

A presente investigação recolheu alguns dados demográficos das mães dos 97 adolescentes, sendo a média de idade de 42.87 anos (DP=5.87). No que respeita às habilitações académicas destas mães, 12 (12.4%) apresentavam o 1º ciclo, 16 (16.5%) o 2º ciclo, 26 (26.8%) o 3º ciclo, 24 (24.7%) o ensino secundário, 18 (18.6%) a licenciatura e apenas 1 (1%) o mestrado. No que se refere ao estado civil, 2 (2.1%) eram solteiras, 7 (7.2%) viviam em união de facto, 71 (73.2%) eram casadas, 4 (4.1%) encontravam-se separadas e 13 (13.4%) divorciadas (cf. Anexo 1: Tabela 1).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no género em variáveis sociodemográficas como nível socioeconómico, rendimento escolar dos adolescentes, habilitações académicas da mãe e estado civil dos pais. No entanto, na idade obtiveram-se diferenças de género com efeito moderado, verificando-se que os rapazes tinham em média idade superior às raparigas (cf. Anexo 2: Tabela 2).

3.2. Instrumentos

3.2.1. Ficha sociodemográfica

Este questionário serve para recolher informação acerca das variáveis sociodemográficas do adolescente como o género, a idade, o local de residência, o agregado familiar, a autoavaliação do rendimento académico, o número de reprovações, a assiduidade bem como as habilitações académicas da mãe.

3.2.2. Children Depressive Inventory (CDI - Kovacs, 1983; versão Portuguesa: Marujo, 1994)

O CDI constitui um inventário de autorresposta utilizado na avaliação da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 7 aos 17 anos, tendo sido elaborado com base no *Inventário de Depressão de Beck* (Alberto, 2006; Simões, 1999). Este questionário é composto por 27 itens, com três

afirmações, para o indivíduo assinalar a que considera que melhor descreve o seu estado emocional e comportamento nas duas últimas semanas (Alberto, 2006). O CDI pretende avaliar sintomas como a disforia, a anedonia, o pessimismo, a ideação suicida, a autoestima, a ruminação, o rendimento escolar, a sintomatologia fisiológica e o comportamento social (Alberto, 2006). Os itens são cotados de 0 (ausência de sintoma) a 2 (sintoma grave), sendo a pontuação máxima de 54 pontos (Alberto, 2006; Simões, 1999). Os itens são distribuídos por cinco fatores: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e baixa autoestima.

Em termos de resultados, valores iguais ou superiores a 19 permitem diferenciar indivíduos com e sem perturbação depressiva (Simões e Albuquerque, 1989 *cit in* Alberto, 2006).

Kovacs (1985) encontrou boa consistência interna com coeficientes alfa (α) de *Cronbach* entre .70 e .86, em crianças com perturbações emocionais e Smucker, Craighead, Craighead & Green (1986) entre .83 e .89, em crianças sem problemas. A estabilidade teste-reteste apresentou-se mais elevada nas raparigas ($r=.69$) que nos rapazes ($r=.41$).

Na versão portuguesa do CDI (Marujo, 1994) encontrou-se uma estrutura unifatorial com α de *Cronbach de* .80, o que também se verificou na investigação de Dias e Gonçalves (1999), não replicando a estrutura fatorial de cinco fatores (Dias & Gonçalves, 1999).

Na presente investigação verificou-se um α de *Cronbach* de .90 no CDI total, revelando consistência interna muito boa.

3.2.3. *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; Versão portuguesa- Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Canavarro, 1999)

O BSI consiste num instrumento de autorresposta que pode administrar-se a indivíduos com idade superior a 13 anos com perturbações psiquiátricas/psicológicas bem como à população geral (Canavarro, 1999).

O inventário é constituído por 53 itens, que podem ser respondidos numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (0- nunca a 4- muitíssimas vezes), que permite analisar a sintomatologia psicopatológica em nove dimensões: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo assim como três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Canavarro, 1999). O Índice de Sintomas Positivos corresponde à média da intensidade da sintomatologia, o Total de Sintomas Positivos consiste no número de sintomas assinalados e o Índice Geral de Sintomas considera os dois anteriores, calculando a intensidade do mal-estar a dividir pelo total de sintomas positivos (Canavarro, 2007).

A partir dos estudos psicométricos para a versão portuguesa, concluiu-se que o inventário apresentava boa consistência interna possuindo valores de α de *Cronbach* entre .70 e .80 em todas as dimensões, à exceção de Psicoticismo e Ansiedade Fóbica ($\alpha = .62$) assim como boa estabilidade temporal oscilando entre .63 e .81, na Ideação Paranoide e Depressão, respetivamente (Canavarro, 1999). A presente investigação apresentou um α de *Cronbach* de .79 na dimensão Somatização, .85 na Sensibilidade Interpessoal, .79 na Depressão, .77 nas Obsessões-compulsões, .76 na Ideação paranoide, .73 na Ansiedade e .70 na Ansiedade fóbica. As dimensões Hostilidade e o Psicoticismo apresentaram consistência baixa, sendo α de .68 e .58, respetivamente.

3.2.4. *Inventory of the Quality of Interpersonal Relations* (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991; Versão portuguesa para adolescentes- Inventário da Qualidade das Relações Interpessoais: Matos, Pinheiro & Marques, 2013)

O Inventário da Qualidade das Relações Interpessoais (IQRI) consiste num instrumento de avaliação psicológica para analisar a perceção do adolescente em relação ao suporte social prestado pela mãe, pai, amigo(a) bem como a profundidade da relação ou a fonte de conflito (Pierce, Sarason & Sarason, 1991). Na versão original (QRI), o inventário era constituído por 25 itens distribuídos pelas três subescalas, 12 na QRI conflito, 7 na QRI suporte e 6 na QRI de profundidade (Pierce, Sarason & Sarason,

1991). O indivíduo deverá selecionar a resposta numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos (1- nunca a 4- sempre), sendo depois calculado o resultado de cada subescala a partir do valor da soma de cada item da subescala dividido pelo número de itens da mesma.

O QRI apresentou boas propriedades psicométricas num estudo com 210 estudantes do ensino superior, com coeficientes de alfa de *Cronbach* de .83,.88 e .83 no suporte, conflito e profundidade, respetivamente, em relação à mãe, 88, .88 e .86 para o pai e .85,.91 e .84 em relação ao amigo(a) (Pierce, Sarason & Sarason, 1991). No que concerne à interpretação, indivíduos que pontuam mais alto na subescala de conflito tendem a obter resultados mais baixos na subescala de suporte (Marques, 2013).

A versão portuguesa (IQRI) foi validada para jovens adultos por Neves e Pinheiro em 2006, sendo formada por 24 itens, tendo sido eliminado um item da versão original (“Com que frequência se esforça para evitar conflitos com esta pessoa?”) embora este se mantenha na subescala de profundidade para os relacionamentos amorosos. Nesta versão (IQRI) (Neves & Pinheiro, 2006 *cit in* Marques, 2013) também se obtiveram bons valores de consistência interna nas escalas suporte, profundidade e conflito para a versão mãe .84,.80 e .87, respetivamente, para a versão do questionário relacionada com o pai .91, .89 e .89 e para a versão relativa ao namorado(a) 78, .74 e .84.

Marques, Matos, & Pinheiro (2014), estudaram o IQRI numa amostra de adolescentes, e realizaram estudo da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do IQRI, após a análise exploratória, com o intuito de testar a estrutura trifatorial de Pierce et al.(1991). Para a AFC, recorreram a amostra de 312 adolescentes, sendo os resultados para a versão mãe composta por 16 itens integrados em três fatores. A subescala de suporte revelou ser constituída pelos itens 1, 3, 5, 8, 15, 18 e 22, a subescala de conflito constituída pelos itens 4, 6, 20, 21 e 23 e a subescala de profundidade constituída pelos itens 10, 11, 12, 13, 16 e 17, replicando os resultados obtidos nos estudos de Pierce et al. (1991) e no estudo com jovens adultos de Neves (2006) de adaptação e validação do IQRI para a população portuguesa, na versão mãe. Neste estudo (Marques, Matos, & Pinheiro, 2014), foram eliminados os itens 2, 7, 9, 14, 19, 24 e 25, que segundo Pierce et al. (1991) e de Neves (2006) integravam a subescala de conflito, assim como os itens

8 (“No caso de um membro muito próximo da família falecer, até que ponto pode contar com essa pessoa para o/a ajudar?”) e 15 (“Se quisesse sair à noite e fazer algo, quanto convicção/a está de que esta pessoa estaria disposta a sair consigo?”), que integravam a subescala de suporte de Pierce et al. (1991) e de Neves (2006). Os resultados revelaram uma consistência interna boa para as dimensões conflito ($\alpha=.83$) e profundidade ($\alpha=.81$), e aceitável para a dimensão suporte ($\alpha=.78$).

A presente investigação usou a versão mãe do IQRI estudada por Marques, Matos, & Pinheiro (2014) e apresentou α de .85 no fator suporte, α de .87 no conflito e α de .84 na profundidade, revelando boa consistência interna.

3.2.5. *Adolescent – Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE)* (Keller et al., 1993; versão portuguesa -Matos & Costa, 2011)

A entrevista clínica semiestruturada, A-LIFE, foi desenvolvida com base na *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE)* que se aplicava a adultos (Keller et al., 1987), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Matos & Costa (2011). Esta entrevista é utilizada com o intuito de ser um meio complementar do diagnóstico, analisando se o indivíduo preenche critérios para cada uma das perturbações psicológicas e também de modo a fazer uma avaliação *follow-up* das perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos (Goldstein et al., 2009) ou entre 13 e os 18 anos (Gledhill & Garralda, 2010), não havendo consenso acerca da idade de aplicação. A A-LIFE é aplicada de 6 em 6 meses, encontrando-se dividida em várias secções como a Psicopatologia, o Funcionamento Psicossocial, o Ajustamento Social Global e a Gravidade Geral da Doença.

A A-LIFE inclui um Caderno de Instruções e uma Folha de Avaliação do Estado Psiquiátrico (*Psychiatry Status Ratings-PSR*) que permite a quantificação da sintomatologia para cada perturbação durante cada semana, usando uma escala de seis pontos. Esta entrevista permite, ainda, recolher informação acerca da duração do episódio da perturbação, a remissão, o desenvolvimento de comorbilidade assim como o impacto no funcionamento psicossocial do indivíduo (Keller et al., 1987).

O examinador começa por questionar o indivíduo acerca do que lhe aconteceu no período anterior à realização da entrevista passando depois por recolher informação nas outras secções.

Na presente investigação apenas foi usado o Funcionamento psicossocial total. O Funcionamento psicossocial, inclui o desempenho escolar, as atividades recreativas bem como as relações interpessoais com a família e com os amigos, sendo avaliado de 1 (muito bom), 2 (bom), 3 (moderado/ invalidação ligeira), 4 (pobre / invalidação moderada) e 5 (muito pobre / invalidação grave). O resultado total reflete a avaliação do funcionamento do indivíduo durante a pior semana do mês anterior, resultando da soma das pontuações em cada um dos domínios a dividir pelo número de domínios. A pontuação varia de 4 a 20, sendo que a pontuação até 8 corresponde a um bom funcionamento, entre 8 e 12 a um funcionamento moderado, de 12 a 16 a funcionamento pobre e entre 16 e 20 a funcionamento muito pobre.

3.3. Procedimentos de recolha de dados

De modo a realizar a presente investigação, procedeu-se à recolha de dados resultantes do preenchimento dos instrumentos de autorresposta, entre os quais o IQRI, e entrevista A-LIFE por parte dos alunos das escolas que se encontravam a participar no projeto da prevenção da depressão. Começou por se contatar os diretores de turma e psicólogos das escolas para analisar a disponibilidade para as deslocações às escolas para recolher a informação assim como para dar a conhecer a finalidade do projeto e a possibilidade de serem recompensados com uma pen ou T-shirt da FPCEUC, a oferta de um lanche e a participação num sorteio para um vale de compras na FNAC. Foi explicado aos adolescentes e às mães que a participação no projeto era de carácter voluntário, a informação por eles disponibilizada era confidencial e apenas usada para a realização da investigação. Para tal foi dado o consentimento informado aos adolescentes e respetivos encarregados de investigação, que também teriam de preencher alguns instrumentos de autorresposta como o BSI. Estes questionários deveriam ser entregues pelos alunos assim que possível ao diretor de turma ou ao psicólogo escolar.

Para o presente estudo foi considerado como fator de exclusão o não completamento dos instrumentos de autorresposta ou entrevista.

3.4. Estratégia analítica

Para realizar a análise dos dados recorreremos ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, para o Windows.

Na análise preliminar dos dados, foi avaliada a normalidade através do teste *Kolomorov-Smirnov* bem como os desvios à normalidade através do achatamento (*kurtosis*) e assimetria (*skewness*). De modo a avaliar a existência de *outliers*, recorreremos ao Diagrama de Extremos e Quartis- *Box Plot*.

No que concerne às variáveis sociodemográficas da amostra bem como às escalas utilizadas na presente investigação, realizaram-se as estatísticas descritivas como as frequências, as médias e os desvios-padrão.

Como forma de averiguar se existiam diferenças de género nos resultados obtidos nas escalas recorreu-se a análises univariadas da variância (*One Way ANOVA*), considerando que *p-value* do teste inferior ou igual a .05 revelava a presença de diferenças estatisticamente significativas (Marôco, 2010). De modo a diminuir a probabilidade de obter erro do tipo 1, aplicámos o teste de correção de Bonferroni que permite o ajustamento do valor *p*, obtendo-se a partir da divisão entre o valor *p* (.05) pelo número de análises que pretendemos realizar (Tabachnick & Fidell, 2001). Foi também analisado o tamanho do efeito através do *eta* quadrado, considerando que valores de $\eta^2 = .01$ como pequenos, $\eta^2 = .06$ moderados e a partir de $\eta^2 = .14$ como elevados (Cohen, 1988). De modo a explorar as associações entre a psicopatologia da mãe (BSI), a sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes (CDI total) e a perceção destes/as da qualidade da relação com a mãe (IQRI mãe) recorreu-se a correlação de *Pearson* (*r*). Na análise dos dados obtidos utilizaram-se os valores de referência apresentados por Pestana e Gageiro (2005), segundo os quais: um quociente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa; entre .21 e .39 uma associação baixa; entre .40 e .69 é considerada moderada; de .70 a .89 elevada e entre .90 e 1 uma associação muito elevada.

Para a realização das regressões, consideraram-se os pressupostos referidos por Pestana e Gageiro (2005), como a linearidade, a homocedasticidade, a autocorrelação e a normalidade dos resíduos.

Para a realização da mediação, recorreu-se ao modelo dos 4 passos (Kenny, 2014): (i) regressão linear entre VI e VD (trajetória *c*); (ii) regressão linear simples entre VI e variável mediadora, de modo a analisar poder preditivo da primeira variável na segunda (trajetória *a*); (iii) regressão linear simples entre variável mediadora e VD, de forma a calcular o poder preditivo da primeira (trajetória *b*); (iv) regressão múltipla hierárquica, de forma a calcular o poder preditivo da VI e da variável mediadora na VD (trajetória *c'*).

A análise da consistência interna das escalas foi efetuada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, considerando-se como valores de referência os índices mencionados por Pestana e Gageiro (2005): alfa inferior a .60 como consistência interna inadmissível; alfa entre .60 e .70 como consistência interna fraca; alfa entre .70 e .80 como consistência interna razoável; alfa entre .80 e .90 como consistência interna boa; alfa superior a 0.9 como consistência interna muito boa.

4. Resultados

4.1. Análise preliminar dos dados

Na análise da normalidade a partir do teste de Kolmogorov-Smirnov obteve-se que as variáveis não apresentavam uma distribuição normal, mas a assimetria (*Skewness*) e curtose (*Kurtosis*) não revelaram valores que comprometessem os resultados (*Skewness* < 3 e de *Kurtosis* < 10, Marôco, 2010) e o uso de testes paramétricos. A única variável que violou estes pressupostos foi a dimensão ansiedade fóbica do BSI, daí que se tenha procedido a transformação logarítmica (Marôco, 2014).

Na análise preliminar foram encontrados *outliers*, sendo alguns deles extremos, no entanto, optou-se pela sua manutenção uma vez que representaram resultados possíveis na população geral.

Foi realizada a avaliação dos pressupostos para as análises com recurso à regressão linear. Os resultados demonstraram que os resíduos se distribuíam

normalmente, cumprindo as suposições de linearidade e homocedasticidade bem como o teste de *Durbin-Watson* que verificou a adequação dos dados para a realização das análises de regressão. Também não houveram problemas de multicolinearidade (*tolerance values* >.10 e *Variance Inflation Values* (VIF) <10) (Field, 2009).

4.2. Estatística descritiva

As variáveis em estudo foram analisadas com recurso a medidas de tendência central como a média, e de dispersão como o desvio-padrão (cf. Anexo 3: Tabela 3).

A sintomatologia depressiva dos adolescentes (medida através do CDI_total no tempo 2) apresentou valores que variavam entre o mínimo de 1 e o máximo de 39, sendo a média para a amostra total de 9.54 e o desvio-padrão de 6.93. O funcionamento psicossocial apresentou média de 1.88 e desvio-padrão de .56, já no índice composto CDI/funcionamento psicossocial verificou-se uma média de 1.42 e um desvio-padrão de .51. Deve ter-se em conta que resultados mais elevados no funcionamento psicossocial indicam níveis mais altos de disfuncionamento.

Quanto à sintomatologia psicopatológica das mães (avaliada pelo BSI no tempo 1, os resultados obtidos oscilaram entre o valor mínimo de zero, em todas as dimensões e índices da escala, e o valor máximo variou entre 1.60, na dimensão psicoticismo e 3.25 na dimensão sensibilidade interpessoal. Nas dimensões ideação paranoide ($M=.75$; $DP=.66$), obsessões-compulsões ($M=.68$; $DP=.58$) e sensibilidade interpessoal ($M=.56$; $DP=.69$) verificam-se médias mais elevadas em comparação com a dimensão ansiedade fóbica ($M=.06$; $DP=.10$), na qual a média foi a mais baixa na amostra do estudo. Em relação aos índices, o Total de Sintomas Positivos apresentou média de 15.93 ($DP=11.89$), o Índice de Sintomas Positivos uma média de .33; ($DP=.47$) e Índice Geral de Sintomas uma média de .46 ($DP=.41$).

No que concerne à perceção da qualidade das relações mãe/filho(a) (medida pelo IQRI mãe no tempo 2), na dimensão conflito ($M=2.06$; $DP=.61$) obteve-se a média mais baixa, sendo a dimensão profundidade ($M= 3.48$; $DP=.53$) a que apresentou a média mais alta.

4.3. Diferenças de género da psicopatologia da mãe dos rapazes e das raparigas, sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes, no funcionamento psicossocial e na perceção da qualidade das relações mãe/filho(a)

Para realizar a análise das diferenças de género recorreu-se à *One-way ANOVA* (cf. Tabela 4). Os resultados mostraram que não haviam diferenças estatisticamente significativas na psicopatologia das mães dos rapazes em comparação com as mães das raparigas. No que diz respeito à sintomatologia depressiva dos adolescentes bem como ao seu funcionamento psicossocial, também não se verificaram diferenças de género. Em relação à perceção da qualidade das relações entre mãe e filho(a), apenas se verificaram diferenças de género na dimensão profundidade com efeito moderado, em que as raparigas apresentaram níveis superiores em comparação com os rapazes. De modo a reduzir a probabilidade de erro de tipo 1, aplicámos o teste de correção de Bonferroni, no entanto os resultados foram semelhantes, havendo apenas diferenças de género estatisticamente significativas na dimensão profundidade do IQRI ($p < .017$).

Tabela 4. Análise das diferenças entre géneros nos adolescentes

	Género Feminino		Género Masculino		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
BSI_somatização	.37	.48	.26	.43	1.219	.272	.013
BSI_obsessões-compulsões	.68	.58	.67	.60	.008	.930	.001
BSI_sensibilidade interpessoal	.49	.65	.70	.77	2.164	.145	.022
BSI_depressão	.40	.51	.55	.68	1.410	.238	.015
BSI_ansiedade	.39	.38	.48	.53	.927	.338	.010
BSI_hostilidade	.43	.40	.46	.53	.116	.734	.001
BSI_ansiedade fóbica	.07	.11	.05	.08	.883	.350	.009
BSI_ideação paranoide	.70	.66	.84	.67	1.026	.314	.011
BSI_psicoticismo	.28	.38	.36	.43	.904	.344	.009
BSI_IGS	.44	.39	.49	.46	.267	.606	.003
BSI_ISP	1.29	.46	1.41	.48	1.472	.228	.015
BSI_TSP	15.57	11.82	16.66	12.19	.178	.674	.002
CDI_Total	10.28	7.64	8.03	4.96	2.284	.134	.023
CDI/Funciona	1.46	.51	1.35	.51	.951	.332	.010
Mento							
Funcionamento Psicossocial	1.89	0.50	1.88	.69	.006	.936	.001
IQRI mãe suporte	3.31	.55	3.05	.80	3.414	.068	.035

A psicopatologia da mãe como preditora da depressão no(a) adolescente mediada pela qualidade da relação mãe/filho(a)

Joana Filipa da Silva Petronilho (email: joanaspsic@gmail.com) 2016

IQRI mãe conflito	2.07	.60	2.03	.64	.104	.747	.001
IQRI mãe profundidade	3.61	.31	3.21	.76	13.374	.001	.123

4.4. Estudo das relações entre psicopatologia na mãe, sintomatologia depressiva nos adolescentes e qualidade das relações entre mãe e filho(a)

O presente estudo analisou a relação entre psicopatologia na mãe, sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes e qualidade das relações entre as mães e filhos(as), através das correlações de Pearson (cf. Anexo 4: Tabela 5).

A análise da associação entre a sintomatologia psicopatológica materna (avaliada através do BSI (tempo 1) e a qualidade da relação com o(a) filho(a) (medida pelo IQRI versão mãe no tempo 2), revelou a existência de correlações significativas positivas baixas entre o conflito na relação mãe/adolescente e sintomas como as obsessões compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranoide e psicoticismo assim como correlações significativas negativas baixas entre o suporte na relação e a presença de sensibilidade interpessoal e psicoticismo na mãe. Estes resultados demonstraram que um aumento na sintomatologia da mãe se associava ao aumento do conflito na relação com o(a) filho(a) e diminuição do suporte. No que respeita aos Índices do BSI, encontraram-se correlações significativas positivas baixas entre IGS e TSP e o conflito bem como correlações significativas negativas baixas entre IGS e TSP e o suporte.

A sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes, medida através do CDI total (no tempo 2), apresentou correlações significativas positivas baixas com a sintomatologia psicopatológica das mães, avaliada pelo BSI (no tempo 1), nas dimensões depressão, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo bem como no Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos. A depressão nos(as) jovens apresentou também correlações significativas positivas baixas com a qualidade das relações entre a mãe e o(a) filho(a), medida pelo IQRI mãe (no tempo 2), no fator conflito e correlação negativa baixa no fator suporte.

Relativamente às correlações que se estabeleceram entre as variáveis sintomatologia psicopatológica das mães (BSI) e qualidade das relações mãe/filho(a) (IQRI mãe) com o funcionamento psicossocial do(a) adolescente (avaliado no tempo 2), verificou-se que esta última variável apenas se correlacionou negativamente, e de forma baixa, com a dimensão suporte da qualidade das relações mãe/adolescente.

O índice compósito CDI/funcionamento psicossocial, que resultou da combinação do CDI total com o Funcionamento psicossocial, revelou correlações significativas positivas baixas com as dimensões do BSI ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo, Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos, bem como correlações baixas, positiva, com o fator conflito e, negativa, com o fator suporte (IQRI).

4.6. Análise dos efeitos mediadores da qualidade da relação mãe/adolescente na relação entre a psicopatologia da mãe e a depressão no(a) filho(a)

A análise dos efeitos mediadores da qualidade das relações entre a mãe e o(a) filho(a) (tempo 2), na relação entre a psicopatologia materna (tempo 1) e a sintomatologia depressiva do(a) adolescente (tempo 2), foi realizada a partir do modelo dos quatro passos (Kenny, 2014), recorrendo a regressões lineares simples entre as dimensões que revelaram correlações significativas do BSI e a versão mãe do IQRI e o CDI total assim como com o índice compósito CDI/Funcionamento psicossocial. O funcionamento psicossocial não apresentou correlações significativas com nenhuma das dimensões do BSI, daí que não tenha sido usado com variável dependente em nenhuma mediação. Um aspeto a ter em conta centra-se no fato das análises que incluem a dimensão psicoticismo, terem de ser interpretadas com cautela uma vez que o alfa de *Cronbach* de .58 constitui um valor baixo (inferior a .70). No entanto é de referir que se encontra próximo do valor obtido na validação do instrumento para a população portuguesa ($\alpha = .62$).

4.6.1. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre depressão materna e depressão no(a) adolescente

Em primeiro lugar procedeu-se à análise da trajetória *c* com o objetivo de avaliar o poder preditivo da depressão materna (BSI depressão) na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que a primeira variável explicava 5% do CDI total (Modelo 1: $R^2=.050$; $F_{(1,95)}=4.955$, $p=.028$; $\beta=.223$, $p=.028$). A trajetória *a* analisou o efeito preditivo da depressão materna (BSI depressão) no conflito na relação com filho(a) (IQRI mãe conflito), que foi também significativo, sendo que a primeira variável explicava apenas 7.2% da segunda (Modelo 1: $R^2=.072$; $F_{(1,95)}=7.414$, $p=.008$; $\beta=.269$, $p=.008$). A trajetória *b* analisou a predição do conflito na relação mãe/filho(a) na depressão do(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 13.4% (Modelo 1: $R^2=0.134$; $F_{(1,95)}=14.702$, $p<.001$; $\beta=.366$, $p<.001$). Por último a trajetória *c'*, em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI depressão funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2=.151$, $F_{(2,94)}=8.336$, $p<.001$; $\Delta R^2=.050$, $\Delta F_{(1,95)}=4.955$, $\Delta p=.028$; $\beta_{IQRI\text{mconflito}}=.330$, $p=.001$; $\beta_{BSI\text{depressão}}=.134$, $p=.178$), apontando para mediação total (cf. Figura 1) uma vez depressão materna deixa de ser significativa.

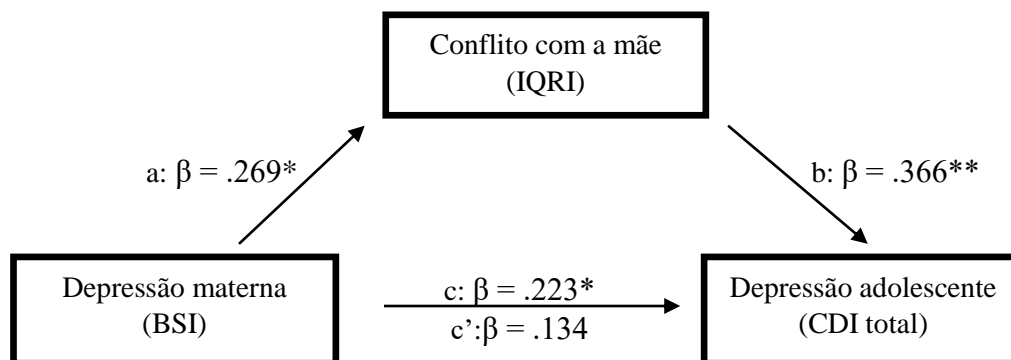


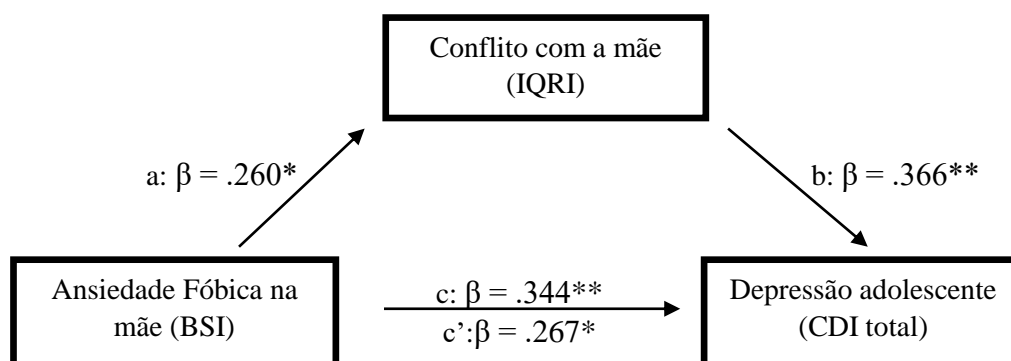
Figura 1. Coeficientes de regressão para a relação entre a Depressão na mãe (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo conflito na relação com mãe (IQRI m conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na

variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.2. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre ansiedade fóbica e depressão no(a) adolescente

Começou-se a análise pela trajetória c com o objetivo de avaliar o poder preditivo de sintomas de ansiedade fóbica (BSI ansiedade fóbica) da mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que a primeira variável explicava 11.9% do CDI total (Modelo 1: $R^2=.119$; $F_{(1,95)}=12.780$, $p = .001$; $\beta = .344$, $p = .001$). A trajetória a analisou o efeito preditivo dos sintomas de ansiedade fóbica da mãe no conflito entre mãe e o(a) filho(a), foi também significativo, sendo que a primeira variável explicava apenas 6.8% da segunda (Modelo 1: $R^2=.068$; $F_{(1,95)}=6.887$, $p = .010$; $\beta = .260$, $p = .010$). A trajetória b analisou a predição conflito na relação sobre depressão no(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 13.4% da sintomatologia depressiva (Modelo 1: $R^2=0.134$; $F_{(1,95)}=14.702$, $p < .001$; $\beta = .366$, $p < .001$). Por último a trajetória c' , em que se realizou a análise da mediação, na qual BSIansiedade fóbica funcionou como variável independente, IQRI conflito como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .201$, $F_{(2,94)} = 11.795$, $p < .001$; $\Delta R^2 = .119$, $\Delta F_{(1,95)} = 12.780$, $\Delta p = .001$; $\beta_{IQRI\text{mconflito}} = .297$, $p = .003$; $\beta_{BSI\text{ans.fóbica}} = .267$, $p = .006$), apontando para mediação parcial (cf. Figura 2) uma vez que apenas diminui o efeito da trajetória c , não a eliminando.



A psicopatologia da mãe como preditora da depressão no(a) adolescente mediada pela qualidade da relação mãe/filho(a)

Joana Filipa da Silva Petronilho (email: joanaspsic@gmail.com) 2016

Figura 2. Coeficientes de regressão para a relação entre a Ansiedade fóbica (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo conflito na relação com mãe (IQRI m conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.
* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.3. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre ideação paranoide materna e depressão no(a) adolescente

Começou por se analisar o poder preditivo da presença de sintomas de ideação paranoide (BSI ideação paranoide) da mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que a primeira variável explicava 10.4 % do CDI total (trajetória *c*, Modelo 1: $R^2=.104$; $F_{(1,95)}=11.050$, $p=.001$; $\beta=.323$, $p=.001$). De seguida, avaliou-se o efeito preditivo destes sintomas maternos (BSI ideação paranoide) no conflito na relação com filho(a) (IQRI conflito), que foi também significativo, sendo que a primeira variável explicava apenas 9% da segunda (trajetória *a*, Modelo 1: $R^2=.090$; $F_{(1,95)}=9.449$, $p=.003$; $\beta=.301$, $p=.003$). A trajetória *b* analisou a predição do conflito na relação mãe/filho(a) na depressão do(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 13.4% da perturbação (Modelo 1: $R^2=0.134$; $F_{(1,95)}=14.702$, $p<.001$; $\beta=.366$, $p<.001$). Por último a trajetória *c'*, em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI ideação paranoide funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2=.184$, $F_{(2,94)}=10.581$, $p<.001$; $\Delta R^2=.104$, $\Delta F_{(1,95)}=11.050$, $\Delta p=.001$; $\beta_{IQRI\ mconflito}=.296$, $p=.003$; $\beta_{BSI\ ideação\ paranoide}=.234$, $p=.019$), apontando para mediação parcial (cf. Figura 3) dado que mediação continua significativa apesar de efeito da trajetória *c* diminuir.

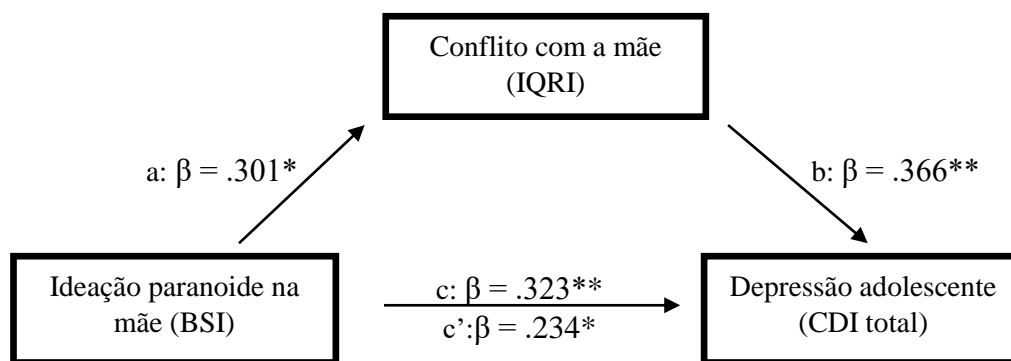


Figura 3. Coeficientes de regressão para a relação entre a Ideação paranoide na mãe (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo conflito na relação com mãe (IQRI em conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.4. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre psicoticismo na mãe e depressão no(a) adolescente

A análise iniciou-se pela trajetória *c* de modo a avaliar o poder preditivo da presença de sintomas de psicoticismo (BSI psicoticismo) na mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que a primeira variável explicava 7.1% do CDI total (trajetória *c*, Modelo 1: $R^2=.071$; $F_{(1,95)}=7.210$, $p = .009$; $\beta = .266$, $p = .009$). De seguida, avaliou-se o efeito preditivo do psicoticismo na mãe no conflito na relação com o(a) filho(a) (IQRI conflito), que foi também significativo, sendo que a primeira variável explicava apenas 7.1% da segunda (trajetória *a*, Modelo 1: $R^2=.071$; $F_{(1,95)}=7.224$, $p = .008$; $\beta = .266$, $p = .008$). A trajetória *b* analisou a predição do conflito na relação mãe/filho(a) na depressão do(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 13.4% da depressão (Modelo 1: $R^2=0.134$; $F_{(1,95)}=14.702$, $p < .001$; $\beta = .366$, $p < .001$). Por último, a trajetória *c'*, em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI psicoticismo funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI total como variável

dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .164$, $F_{(2,94)} = 9.253$, $p < .001$; $\Delta R^2 = .071$, $\Delta F_{(1,95)} = 7.210$, $\Delta p = .009$; $\beta_{\text{IQRI} \rightarrow \text{conflito}} = .318$, $p = .002$; $\beta_{\text{BSI} \rightarrow \text{psicoticismo}} = .181$, $p = .067$), apontando para mediação total (cf. Figura 4), deixando de haver o efeito da trajetória *c*.

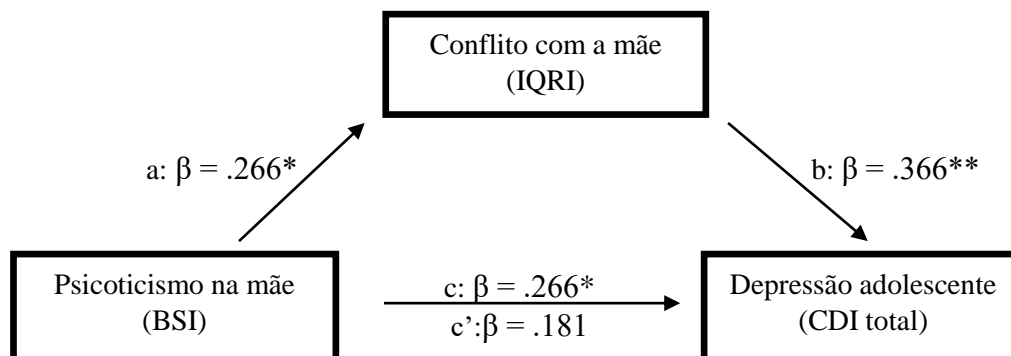


Figura 4. Coeficientes de regressão para a relação entre o Psicoticismo na mãe (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo conflito na relação com mãe (IQRI m conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.5. Efeito mediador do suporte no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre psicoticismo na mãe e depressão no(a) adolescente

Iniciou-se a análise pela trajetória *c* de modo a analisar a predição da presença de sintomas de psicoticismo (BSI psicoticismo) na mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que os primeiros explicavam 7.1% do CDI total (trajetória *c*, Modelo 1: $R^2 = .071$; $F_{(1,95)} = 7.210$, $p = .009$; $\beta = .266$, $p = .009$). Seguiu-se a avaliação da trajetória *a*, isto é o efeito preditivo do psicoticismo da mãe no suporte na relação com o(a) filho(a) (IQRI mãe suporte), que foi também significativo, sendo que o primeiro explicava apenas 5.3% da segunda (trajetória *a*, Modelo 1: $R^2 = .053$; $F_{(1,95)} = 5.337$, $p = .023$; $\beta = -.231$, $p = .023$). A trajetória *b* analisou a predição do suporte na relação mãe/filho(a) na depressão do(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 8.1% da sintomatologia no(a) jovem (Modelo

1: $R^2=0.081$; $F_{(1,95)}=8.426$, $p=.005$; $\beta = -.285$, $p=.005$). Por último a trajetória c' , em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI psicoticismo funcionou como variável independente, IQRI mãe suporte como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .124$, $F_{(2,94)}=6.629$, $p = .002$; $\Delta R^2 = .071$, $\Delta F_{(1,95)} = 7.210$, $\Delta p = .009$; $\beta_{IQRI\text{msuporte}} = -.237$, $p = .019$; $\beta_{BSI\text{psicoticismo}} = .211$, $p = .036$), apontando para mediação parcial (cf. Figura 5), uma vez que diminui, mas não elimina, o efeito da trajetória c .

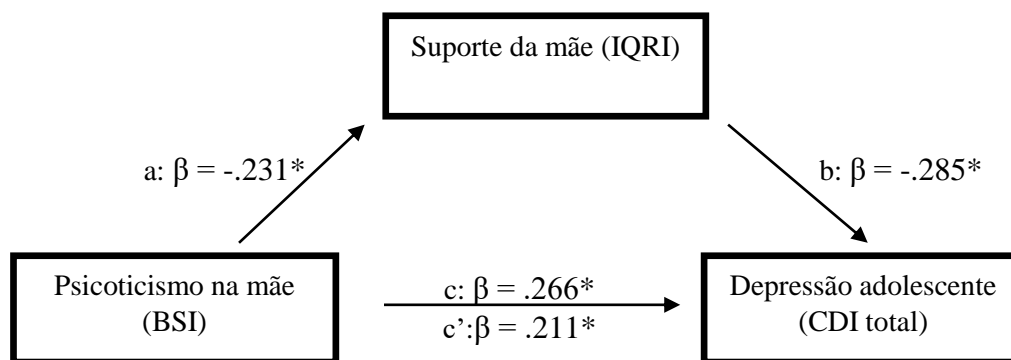


Figura 5. Coeficientes de regressão para a relação entre o Psicoticismo na mãe (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo suporte na relação com mãe (IQRI m suporte). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.6. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre Índice geral de sintomas da mãe e depressão no(a) adolescente

Começou por se analisar o poder preditivo do Índice Geral de sintomas (BSI _IGS) na mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que o primeiro explicava 6.7% do CDI total (trajetória c , Modelo 1: $R^2=.067$; $F_{(1,95)}=6.843$, $p = .010$; $\beta = .259$, $p = .010$). De seguida, avaliou-se o efeito preditivo deste índice no conflito na relação com o(a) filho(a) (IQRI mãe conflito), que foi também significativo, sendo que a primeira variável explicava 10.6% da segunda (trajetória a , Modelo 1: $R^2=.106$; $F_{(1,95)}=11.294$, $p = .001$; $\beta = .326$, $p = .001$). A trajetória b analisou a

predição do conflito na relação mãe/filho(a) na depressão do(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 13.4% da perturbação (Modelo 1: $R^2=0.134$; $F_{(1,95)}=14.702$, $p < .001$; $\beta = .366$, $p < .001$). Por último a trajetória c' , em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI_IGS funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .156$, $F_{(2,94)}=8.681$, $p < .001$; $\Delta R^2 = .067$, $\Delta F_{(1,95)} = 6.843$, $\Delta p = .010$; $\beta_{IQRI\text{mconflito}} = .315$, $p = .002$; $\beta_{BSI_IGS} = .157$, $p = .122$), apontando para mediação total (cf. Figura 6), desaparecendo o efeito da trajetória c .

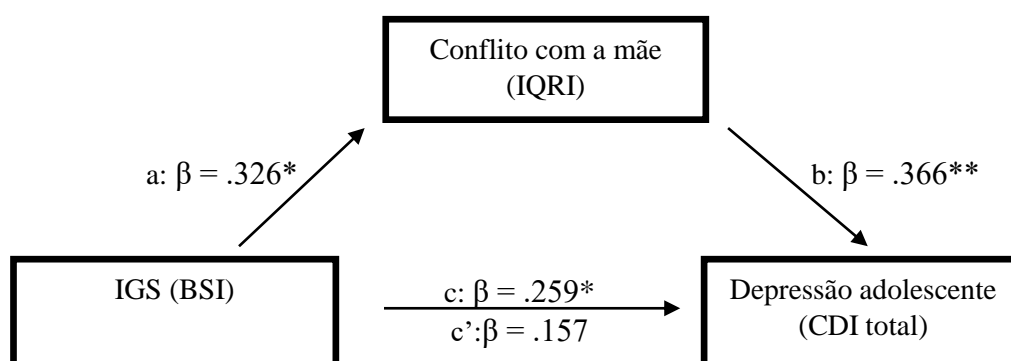


Figura 6. Coeficientes de regressão para a relação entre o Índice Geral de Sintomas (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo conflito na relação com mãe (IQRI m conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.7. Efeito mediador do suporte no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre Índice geral de sintomas da mãe e depressão no(a) adolescente

A análise da trajetória c testou a predição do Índice Geral de Sintomas (BSI_IGS) na mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que explicava 6.7% do CDI total (Modelo 1: $R^2=.067$; $F_{(1,95)}=6.843$, $p = .010$; $\beta = .259$, $p = .010$). De seguida avaliou-se o efeito preditivo do IGS no suporte na relação com o(a) filho(a) (IQRI mãe suporte), que foi também significativo, sendo que a

primeira variável explicava apenas 4.8% da segunda (trajetória *a*, Modelo 1: $R^2=.048$; $F_{(1,95)} = 4.797$, $p = .031$; $\beta = -.219$, $p = .031$). A trajetória *b* analisou a predição do suporte na relação mãe/filho(a) na depressão do(a) adolescente, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 8.1% (Modelo 1: $R^2=0.081$; $F_{(1,95)} = 8.426$, $p=.005$; $\beta = -.285$, $p = .005$). Por último a trajetória *c'*, em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI_IGS funcionou como variável independente, IQRI mãe suporte como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .122$, $F_{(2,94)} = 6.536$, $p = .002$; $\Delta R^2 = .067$, $\Delta F_{(1,95)} = 6.843$, $\Delta p = .010$; $\beta_{IQRI\text{msuporte}} = -.240$, $p = .017$; $\beta_{BSI_IGS} = .207$, $p = .040$), sendo uma mediação parcial (cf. Figura 7), uma vez que o efeito da trajetória *c* diminuiu, mas não desapareceu.

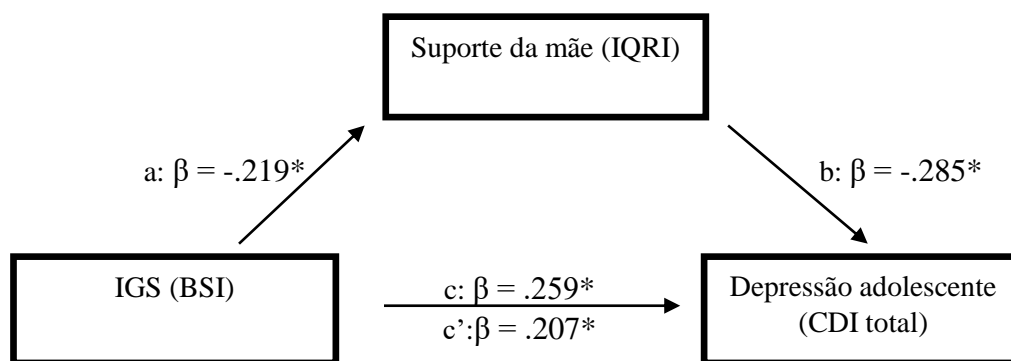


Figura 7. Coeficientes de regressão para a relação entre o Índice Geral de Sintomas (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo suporte na relação com mãe (IQRI m conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.8. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre Total de Sintomas Positivos da mãe e depressão no(a) adolescente

Em primeiro lugar, foi feita a análise do efeito preditivo do Total de Sintomas Positivos (BSI_TSP) da mãe no desenvolvimento de sintomatologia depressiva no(a)

filho(a) (CDI total) tendo sido significativo, explicando 8.6% da variável dependente (Modelo 1: $R^2=.086$; $F_{(1,95)}=8.953$, $p = .004$; $\beta = .293$, $p = .004$). A trajetória *a* analisou a relação entre TSP (BSI) e o conflito na relação mãe/adolescente (IQRI mãe conflito), sendo significativa (Modelo 1: $R^2=.115$; $F_{(1,95)}=12.385$, $p = .001$; $\beta = .340$, $p = .001$). A trajetória *b* avaliou o efeito conflito na relação com a mãe na sintomatologia depressiva do(a) filho(a) (CDI total) explicando 13.4% (Modelo 1: $R^2=.134$; $F_{(1,95)}=14.702$, $p < .001$; $\beta = .366$, $p < .001$). A mediação (trajetória *c'*) usou como variável independente o BSI_TSP, o IQRI mãe conflito como mediadora e CDI total como dependente, tendo sido significativa (Modelo 2: $R^2 = .166$, $F_{(2,94)} = 9.379$, $p < .001$; $\Delta R^2 = .086$, $\Delta F_{(1,95)} = 8.953$, $\Delta p = .004$; $\beta_{IQRI\text{mconflito}} = .301$, $p = .003$; $\beta_{BSI_TSP} = .191$, $p = .059$), indicando uma mediação total (cf. Figura 8).

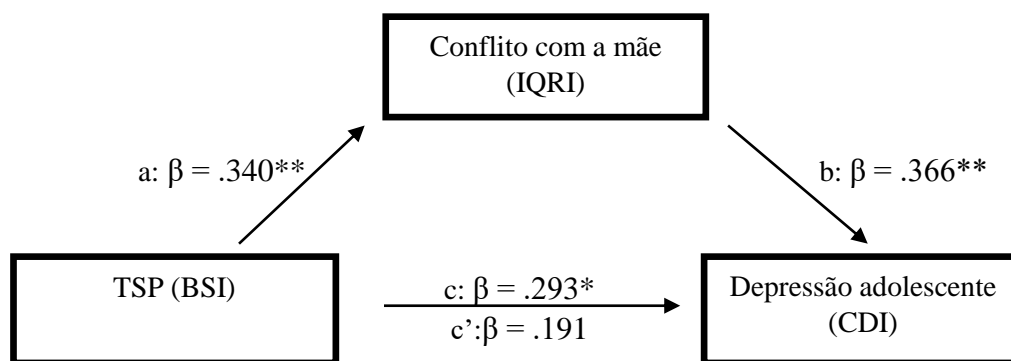


Figura 8. Coeficientes de regressão para a relação entre o Total de Sintomas Positivos (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo conflito na relação com mãe (IQRI m conflito). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

4.6.9. Efeito mediador do suporte no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre Total de Sintomas Positivos da mãe e depressão no(a) adolescente

Em primeiro lugar procedeu-se à análise da trajetória *c* com o objetivo de avaliar o poder preditivo do Total de Sintomas Positivos (BSI_TSP) da mãe na sintomatologia depressiva do(a) adolescente (CDI total), sendo que a primeira variável explicava 8.6%

do CDI total (Modelo 1: $R^2=.086$; $F_{(1,95)}=8.953$, $p=.004$; $\beta=.293$, $p=.004$). A trajetória *a* analisou o efeito preditivo de TSP (BSI_TSP) no suporte na relação com o(a) filho(a) (IQRI mãe conflito), que foi também significativo, sendo que a primeira variável explicava 5.6% da segunda (Modelo 1: $R^2=.056$; $F_{(1,95)}=5.686$, $p=.019$; $\beta=-.238$, $p=.019$). A trajetória *b* analisou a predição do suporte na relação mãe/filho(a) na depressão dos(as) adolescentes, revelando-se também estatisticamente significativa, explicando 8.1% (Modelo 1: $R^2=.081$; $F_{(1,95)}=8.426$, $p=.005$; $\beta=-.285$, $p=.005$). Por último a trajetória *c'*, em que se realizou a análise da mediação, na qual BSI_TSP funcionou como variável independente, IQRI mãe suporte como mediadora e CDI total como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2=.135$, $F_{(2,94)}=7.362$, $p=.001$; $\Delta R^2=.086$, $\Delta F_{(1,95)}=8.953$, $\Delta p=.004$; $\beta_{IQRI\text{msuporte}}=-.229$, $p=.023$; $\beta_{BSI_TSP}=.239$, $p=.017$), apontando para mediação parcial (cf. Figura 9), visto que diminuiu, mas não eliminou, o efeito da trajetória *c*.

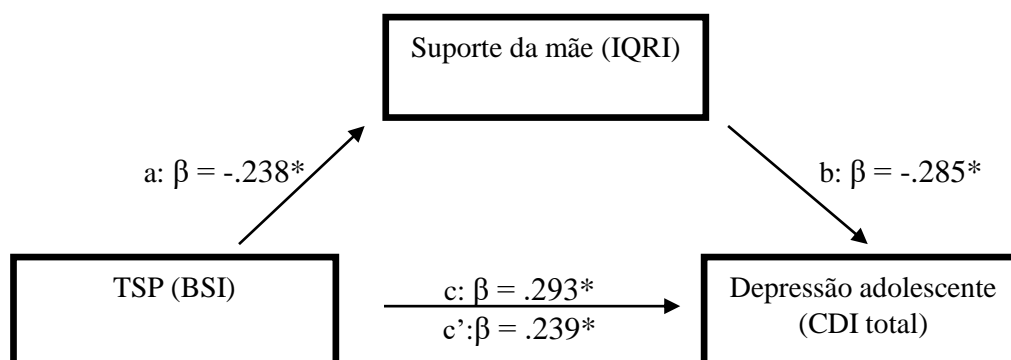


Figura 9. Coeficientes de regressão para a relação entre o Total de Sintomas Positivos (BSI) e a depressão nos(as) adolescentes (CDI total) mediada pelo suporte na relação com a mãe (IQRI m suporte). a = Efeito da variável independente na variável mediadora. b = Efeito da variável mediadora na variável dependente. c = Efeito direto da variável independente na variável dependente. c' = Efeito indireto da variável independente na variável dependente, controlado pelo mediador.

* $p < .05$, ** $p < .001$

A partir deste ponto, os resultados das análises das mediações serão apresentados de forma mais sucinta e sem o recurso a figuras visto que a dissertação já se encontra extensa, e de forma a não se tornar demasiado repetitiva (cf. Anexo 5).

4.6.10. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre ansiedade fóbica e CDI/funcionamento psicossocial

Após as trajetórias *a*, *b* e *c* se terem revelado significativas, foi realizada a análise da mediação, na qual BSI ansiedade fóbica funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI/funcionamento como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .107$, $F_{(2,94)} = 5.619$, $p = .005$; $\Delta R^2 = .061$, $\Delta F_{(1,95)} = 6.218$, $\Delta p = .014$; $\beta_{\text{IQRI}m\text{conflito}} = .221$, $p = .031$; $\beta_{\text{BSI}ansiedade\ f\acute{o}bica} = .191$, $p = .062$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5a: Figura 10) visto que o efeito da trajetória *c* deixou de ser significativo.

4.6.11. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a dimensão ideação paranoide do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

As trajetórias *a*, *b* e *c* foram significativas, tendo sido realizada a análise da mediação, na qual BSI ideação paranoide funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .119$, $F_{(2,94)} = 6.369$, $p = .003$; $\Delta R^2 = .082$, $\Delta F_{(1,95)} = 8.507$, $\Delta p = .004$; $\beta_{\text{IQRI}m\text{conflito}} = .202$, $p = .049$; $\beta_{\text{BSI}ideac\tilde{a}o\ paranoide} = .226$, $p = .028$), apontando para mediação parcial (cf. Anexo 5b: Figura 11) dado que o efeito da trajetória *c* diminuiu.

4.6.12. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a dimensão psicoticismo do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

Depois das análises das trajetórias *a*, *b* e *c* ter dado significativa, foi realizada a mediação, na qual BSI psicoticismo funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .101$, $F_{(2,94)} = 5.262$, $p = .007$; $\Delta R^2 = .054$, $\Delta F_{(1,95)} = 5.423$, $\Delta p = .022$; $\beta_{\text{IQRI}m\text{conflito}} = .224$, $p = .030$;

$\beta_{BSI_{psicoticismo}} = .173, p = .092$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5c: Figura 12) dado que o efeito da trajetória *c* deixou de ser significativo.

4.6.13. Efeito mediador do suporte no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a dimensão psicoticismo do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

A partir de regressões lineares simples verificámos que as trajetórias *a*, *b* e *c* foram significativas. De seguida foi realizada a análise da mediação, na qual BSI psicoticismo funcionou como variável independente, IQRI mãe suporte como mediadora e CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .127, F_{(2,94)} = 6.864, p = .002; \Delta R^2 = .054, \Delta F_{(1,95)} = 5.423, \Delta p = .022; \beta_{IQRI_{suporte}} = -.278, p = .006; \beta_{BSI_{psicoticismo}} = .168, p = .093$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5d: Figura 13) dado que o efeito da trajetória *c* deixou de ser significativo.

4.6.14. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a Índice Geral de Sintomas do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

Em primeiro lugar analisaram-se as trajetórias *a*, *b* e *c*, tendo-se verificado que foram significativas. Depois efetuou-se a mediação, na qual Índice Geral de Sintomas funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .096, F_{(2,94)} = 4.970, p = .009; \Delta R^2 = .053, \Delta F_{(1,95)} = 5.329, \Delta p = .023; \beta_{IQRI_{mconflito}} = .218, p = .038; \beta_{BSI_{IGS}} = .159, p = .128$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5e: Figura 14).

4.6.15. Efeito mediador do suporte no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a Índice Geral de Sintomas do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

Após as análises das trajetórias *a*, *b* e *c* que se revelaram significativas, foi realizada a análise da mediação, na qual Índice Geral de Sintomas funcionou como variável independente, IQRI mãe suporte como mediadora e CDI/funcionamento

psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .128$, $F_{(2,94)} = 6.890$, $p = .002$; $\Delta R^2 = .053$, $\Delta F_{(1,95)} = 5.329$, $\Delta p = .023$; $\beta_{\text{IQRI}_{\text{suporte}}} = -.280$, $p = .006$; $\beta_{\text{BSL}_{\text{IGS}}} = .169$, $p = .090$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5f: Figura 15).

4.6.16. Efeito mediador do conflito no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a Total de Sintomas Positivos do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

Começou por se analisar as trajetórias *a*, *b* e *c* tendo-se verificado que foram significativas. De seguida realizou-se a mediação, na qual o Total de Sintomas Positivos funcionou como variável independente, IQRI mãe conflito como mediadora e CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .101$, $F_{(2,94)} = 5.259$, $p = .007$; $\Delta R^2 = .062$, $\Delta F_{(1,95)} = 6.240$, $\Delta p = .014$; $\beta_{\text{IQRI}_{\text{mconflito}}} = .210$, $p = .046$; $\beta_{\text{BSL}_{\text{TSP}}} = .177$, $p = .092$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5g: Figura 16), dado que o efeito da trajetória *c* deixou de ser significativo.

4.6.17. Efeito mediador do suporte no relacionamento entre mãe/filho(a) na relação entre a Total de Sintomas Positivos do BSI e CDI/funcionamento psicossocial

As análises das trajetórias *a*, *b* e *c* mostraram que todas as trajetórias foram significativas. De seguida foi realizada a análise da mediação, na qual o Total de Sintomas Positivos funcionou como variável independente, IQRI mãe suporte como mediadora e CDI/funcionamento psicossocial como variável dependente. Os resultados foram estatisticamente significativos (Modelo 2: $R^2 = .132$, $F_{(2,94)} = 7.168$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .062$, $\Delta F_{(1,95)} = 6.240$, $\Delta p = .014$; $\beta_{\text{IQRI}_{\text{suporte}}} = -.274$, $p = .007$; $\beta_{\text{BSL}_{\text{TSP}}} = .183$, $p = .067$), apontando para mediação total (cf. Anexo 5h: Figura 17),.

5. Discussão

A presente investigação consiste num estudo longitudinal que surgiu com o intuito de analisar a relação entre a presença de psicopatologia na mãe (tempo 1), a

sintomatologia depressiva no filho(a) e a percepção da qualidade da relação entre eles, sendo estas duas últimas variáveis avaliadas no tempo 2 (seis meses depois do tempo 1). Analisaram-se ainda as diferenças de género nestas variáveis assim como os efeitos mediadores do suporte e do conflito no relacionamento mãe/adolescente na relação entre a psicopatologia materna e a depressão no(a) filho(a).

Na literatura, alguns autores defendem que existem diferenças de género na manifestação de sintomatologia depressiva nos adolescentes, sendo esta superior nas raparigas (Azevedo & Matos, 2014; Cook, Peterson, & Sheldon, 2009; Baron & Campbell, 1993; Goodman, Rouse, Connell, Robbins Broth, Hall & Heyward, 2011; Hankin, Mermelstein, & Roesch, 2007; Mota, Matos, Pinheiro, Costa, & Oliveira, 2015). No entanto, no presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, levando à rejeição da H1. Quanto à análise das diferenças de género na percepção da qualidade das relações com a mãe, também não foram encontradas diferenças significativas, à exceção da dimensão profundidade em que as raparigas apresentaram maior percepção de relação positiva e segura com a figura materna que os rapazes. Face a isto, corroboramos parcialmente H2. Alguns autores referem que as raparigas apresentam mais sintomatologia que os rapazes assim como mais percepção de suporte na relação com a figura materna, sendo que a presença de um relacionamento positivo com família e amigos parece funcionar como preditor de níveis menores de sintomatologia depressiva (Brito, Matos, Pinheiro, & Monteiro, 2015; Sheeber et al., 2007). Outros autores (Abela, Skitch, Adams, & Hankin, 2006; Needham, 2008) apontaram as raparigas como mais sensíveis à qualidade da relação com a mãe, valorizando mais o relacionamento com a figura materna e sendo mais afetadas pelos conflitos, o que contribui para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Para a análise e discussão dos resultados que se seguem é importante ter em consideração que, apesar de não se poder realizar diagnóstico tendo por base apenas os resultados de instrumentos de autorresposta, a maioria dos adolescentes não apresentou níveis clinicamente significativos de sintomatologia depressiva, sendo a média do CDI (M= 9.54) inferior ao ponto de corte de 19, a partir do qual se considera a presença do

diagnóstico (Simões e Albuquerque, 1989 *cit in* Alberto, 2006). Nesta investigação apenas 6 adolescentes apresentaram valor total no CDI superior a este ponto de corte. Em relação à psicopatologia materna, as mães obtiveram valores baixos de sintomatologia, situando-se abaixo do ponto de corte (1.7) do ISP (BSI) a partir do qual se considera a presença de perturbação emocional.

A análise das relações entre a psicopatologia nas mães, a sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes e a qualidade das relações entre as mães e os(as) filhos(as) foi realizada a partir de **correlações de Pearson**. Verificaram-se correlações significativas positivas, embora baixas, entre as dimensões específicas de sintomatologia psicopatológica das mães (depressão, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo), Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos, e a depressão nos(as) jovens. Estas correlações revelaram que valores mais elevados de sintomatologia nas mães se associavam a mais sintomas depressivos nos(as) filhos(as), 6 meses depois. Estes resultados vão no mesmo sentido do que tem sido documentado na literatura (Goodman & Gotlib, 1999; Goodman, 2007; Sellers et al., 2012). Sellers, et al. (2012) a partir da realização de um estudo longitudinal, concluíram que a psicopatologia materna (depressão, ansiedade, perturbação de personalidade antissocial) se relacionava com o desenvolvimento de depressão nos(as) filhos(as). Mais especificamente, Goodman e Gotlib (1999) e Goodman (2007) defenderam que os (as) filhos de mães deprimidas apresentavam maior vulnerabilidade para desenvolver depressão. Estes resultados vão de encontro ao esperado no presente estudo, uma vez que a presença de humor disfórico, a depressão (falta de motivação e energia) nas mães e a ansiedade fóbica (medo ou ansiedade desproporcional em relação a um estímulo), podem contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia nos(as) filhos(as), a partir de diversos mecanismos presentes nas relações mães/filhos, que iremos desenvolver, mais à frente, nesta discussão, como a vinculação insegura, o modelamento, as crenças negativas, a agressividade e criticismo na relação mãe/adolescente. Quanto ao psicoticismo (isolamento interpessoal ou sintomas primários de esquizofrenia como as alucinações) e a ideação paranoide (egocentrismo, desconfiança ou delírios) também se revelaram preditores da sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes. Esta associação

entre sintomatologia psicopatológica materna e depressão nos(as) adolescentes, confirma os resultados de Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy e Cappelli (2003) que apontaram a psicopatologia nos pais como um dos mecanismos associados ao desenvolvimento da depressão em crianças e adolescentes, provocando desgaste emocional na família e prejuízos na relação entre pais e os (as) filhos(as). No entanto, esperávamos encontrar também associações significativas positivas entre algumas outras dimensões de psicopatologia materna e depressão nos(as) filhos(as), nomeadamente, ansiedade (presença de tensão/nervosismo), sensibilidade interpessoal (sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal) e hostilidade (irritabilidade ou agressividade nas interações com os(as) adolescentes) o que não aconteceu neste estudo. Tal associação era esperada visto que como foi referido na literatura, a sintomatologia psicopatológica materna, pode ter impacto no desenvolvimento de depressão nos(as) adolescentes, visto que a mãe como cuidadora principal aumenta o risco de transmissão da perturbação aos filhos(as), promovendo uma vinculação insegura ou desorganizada. Este tipo de vinculação criava nos(as) jovens modelos internos negativos, levando-os a adquirir uma visão negativa acerca de si próprios, dos outros como incapazes de lhe fornecer cuidado, e do mundo como perigoso (Goodman & Gotlib, 1999; Walker & McKinney, 2015). As mães com psicopatologia tendiam a ser menos responsivas, não satisfazendo as necessidades dos(as) filhos(as), bem como a serem mais críticas e hostis (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000), o que também podia estar na origem do desenvolvimento de sentimentos de inferioridade, de rejeição nos filhos(as) e na consequente depressão (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007). A sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes apresentou, também, associações significativas positivas com o conflito e negativa com o suporte na relação com as mães, corroborando H5 e H7. Estes resultados confirmaram que a presença de conflito na relação entre as mães e os(as) filhos(as) bem como falta de suporte se associavam ao desenvolvimento de sintomas depressivos nos(as) adolescentes (Brito, Matos, Pinheiro, & Monteiro, 2015; Crujo, & Marques, 2009; Lee, Wong, Chow, & McBride-Chang, 2006; Sander, & McCarty, 2005; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997; Sheeber et al., 2007). Williams e Galliher (2006), afirmaram que os(as) jovens que

apresentavam percepção de suporte materno, possuíam mais recursos para lidar com a adversidade, sendo o suporte social um possível fator protetor da sintomatologia depressiva. A existência de relações conflituosas entre as mães e os(as) adolescentes aparece como relacionada com o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos mais novos, sobretudo nas raparigas em que a relação com a figura materna tende a ser mais negativa (Steinberg, 1987).

Na presente investigação, o Total de Sintomas Positivos, o Índice Geral de Sintomas bem como todas as dimensões de BSI, exceto Somatização, apresentaram também associações positivas com fator conflito, ou seja, um aumento na sintomatologia psicopatológica das mães funcionava como preditor do aumento do conflito nas relações com os(as) filhos(as), corroborando H4. Para além disto, o BSI sensibilidade interpessoal, o BSI psicoticismo, o Índice Geral de Sintomas e o Total de Sintomas Positivos do BSI obtiveram correlações negativas baixas com o fator suporte, revelando que um aumento das primeiras se associava a diminuição do suporte nas relações mães/adolescentes. A profundidade nas relações com as mães não apresentou correlações significativas com nenhuma das restantes variáveis em estudo. Estes resultados levam à rejeição de H6 mas corroboram parcialmente a H3, confirmando apenas a hipótese relativa à relação entre psicopatologia materna e baixo suporte na relação com os(as) filhos(as). Em estudos anteriores também se verificou a existência de uma relação entre a sintomatologia depressiva materna e o baixo suporte na relação com os(as) adolescentes, o que podia ser explicado pelo facto das mães com perturbação depressiva poderem ficar mais focadas em si em detrimento das necessidades dos(as) filhos(as), reduzindo o envolvimento afetivo e de suporte na relação eles(as) (Brenning, Soenens, Braet, & Bal, 2012; Dix & Meunier, 2009).

Por fim, o **índice compósito CDI/funcionamento psicossocial** apresentou correlações significativas positivas com a ansiedade fóbica, a ideação paranoide, o psicoticismo, o Índice Geral de Sintomas, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Sintomas Positivos, bem como uma correlação positiva com conflito e uma negativa com o suporte na relação com a mãe. Na análise destes resultados denota-se que com o índice compósito como variável dependente, a depressão materna deixou de ser

significativa na sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes, quando esta última foi considerada em conjunto com o funcionamento psicossocial. Uma explicação possível para este resultado pode ser o facto dos(as) adolescentes da amostra apresentarem bons níveis de funcionamento psicossocial bem como a maioria das mães não apresentar níveis de depressão significativos. Face a isto denota-se que a depressão materna é preditora da sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes (CDI) mas não é preditora do nível de funcionamento nos(as) filho(a)s.

A presença de sintomatologia psicopatológica na figura materna aparece associada ao desenvolvimento de sintomas depressivos nos(as) adolescentes, encontrando-se em consonância com os resultados de outros estudos longitudinais (Hirshfeld-Becker, Micco, Henin, A., Petty, Faraone, Mazursky, ... Biederman, 2012; Klein, Lewinshon, Rohde, Seeley & Olino, 2005).

A relação entre a depressão nas mães e o desenvolvimento da mesma perturbação nos(as) adolescente tem sido alvo de algumas investigações, verificando-se uma relação entre estas duas variáveis (Chen, Johnston, Sheeber, & Leve, 2008). Hammen, Hazel, Brennan e Najman (2012), concluíram que a depressão materna possuía efeito preditor no desenvolvimento da perturbação nos(as) filhos(as) aos 15 anos. Na presente investigação, também se verificou a presença de um efeito preditor da depressão materna na sintomatologia depressiva nos(as) filhos(as), apesar da percentagem de variância explicada ter sido muito baixa, sendo apenas de 5%.

No **estudo da mediação**, a análise da relação entre a psicopatologia nas mães como preditora da sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes (CDI total), mediada pela qualidade das relações mães-filhos(as) foi realizada com recurso ao modelo de quatro passos de Kenny.

Relativamente ao conflito, como variável mediadora na relação entre a depressão e o psicoticismo nas mães e a depressão nos(as) adolescentes, ambas as mediações foram totais, revelando que a perceção de conflito na relação com as mães explicava a depressão nos(as) adolescentes, sendo que a sintomatologia das mães deixou de ser significativa, isto é, deixou de haver o efeito direto. Os resultados relativos à depressão materna, são em parte consonantes com o que esperávamos. A sintomatologia nas mães

pode associar-se ao conflito, através de discussões, zangas ou atribuição de culpa, na relação entre as mães e os(as) filhos(as), o que por sua vez se relaciona com o desenvolvimento de depressão nos(as) adolescentes. A literatura sugere que as mães com depressão são menos responsivas, estabelecendo interações mais negativas e ineficazes com os(as) filhos(as), em comparação com as mães não deprimidas (Kane & Garber, 2004). Este tipo de interações parece contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia nos mais novos devido à aprendizagem por observação dos comportamentos hostis (Kane & Garber, 2004). A perturbação depressiva nos mais jovens relaciona-se com maior invalidação decorrente da sintomatologia devido ao modelamento, visto que se encontram expostos às cognições e estratégias de *coping* negativas dos cuidadores, ao ambiente familiar disfuncional, prejudicando a qualidade das relações pais-filhos(as) (Epkins & Heckler, 2011; Garber & Martin, 2002; Walker & McKinney, 2015). No que respeita à relação entre a ansiedade fóbica e a ideação paranoide das mães e a sintomatologia depressiva nos(as) filhos(as), o conflito revelou ser um mediador parcial. Este resultado corrobora parcialmente a nossa hipótese revelando que a ansiedade fóbica é preditora da depressão nos(as) adolescentes e o conflito como mediador dessa relação. A ideação paranoide nas mães também revelou associação com a sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes. Face a isto e considerando a baixa percentagem de variância explicada, apenas uma parte da explicação da sintomatologia dos(as) adolescentes pela ansiedade fóbica e ideação paranoide é transportada pela presença de conflito na relação entre as mães e os(as) filhos(as), existindo assim aspetos da depressão dos mais novos que não se encontram relacionados com as relações conflituosas. Na literatura têm sido descritos alguns outros fatores que se podem relacionar com o desenvolvimento da depressão nos(as) adolescentes como o baixo estatuto socioeconómico (Lorant et al., 2003), os acontecimentos de vida negativos (Kessler, 1997), algumas características pessoais dos(as) adolescentes como o temperamento (emocionalidade negativa) (Compas, Connor-Smith, & Jaser, 2004), o baixo rendimento escolar (Fröjd, Nissinen, Pelkonen, Marttunen, Koivisto, & Heino, 2008) e as dificuldades nas relações interpessoais, entre as quais a rejeição por parte dos pares (Nolan, Flynn, & Garber, 2003). Nas análises

com o Índice Geral de Sintomas e o Total de Sintomas Positivos, o conflito demonstrou ser um mediador total na explicação da sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes, confirmando o que se encontra descrito na literatura em que se aponta o conflito na relação pais-filho(a) como possível variável mediadora da relação entre a sintomatologia nos pais e depressão nos(as) filhos(as) (Kane & Garber, 2004).

No que concerne ao suporte, este revelou ser um mediador parcial na relação entre o psicoticismo nas mães e a depressão nos(as) filhos(as), existindo assim também outros fatores não relacionados com o suporte que explicarão certamente esta relação, como os fatores acima mencionados. Este resultado demonstrou que a presença de sintomas primários de esquizofrenia como as alucinações ou o controlo do pensamento tal como o isolamento interpessoal nas mães se associava ao desenvolvimento de depressão nos(as) filhos(as). Carvalho (2012) apontou como possíveis fatores explicativos desta relação, a exposição dos(as) filhos(as) aos comportamentos bizarros, o isolamento social e o afeto limitado dos pais em relação a eles(as), que vulnerabilizam os(as) jovens para a depressão. Este autor acrescentou que os sintomas de esquizofrenia nos pais podiam interferir na qualidade das relações com os(as) adolescentes, devido ao aumento da irritabilidade e hostilidade nas interações bem como na dificuldade no reconhecimento e resposta às necessidades emocionais dos(as) filhos(as). Quanto ao Índice Geral de Sintomas e o Total de Sintomas Positivos, realizaram-se também as análises da relação com a sintomatologia depressiva nos(as) adolescentes, e o suporte demonstrou ter efeitos mediadores parciais.

Uma relação positiva entre a mãe e o(a) adolescente pressupõe a existência de suporte, afeto, aprovação e baixo conflito, de modo a reduzir o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Kenny, Dooley & Fitzgerald, 2013). Schenfelder, Sandler, Wolchik e MacKinnon (2011) defenderam que a existência de fontes de suporte (família, amigos, colegas da escola, namorado/a) funciona como fator protetor da depressão na adolescência. Apesar das percentagens de poder explicativo serem baixas, o presente estudo confirma as conclusões de outras investigações em que a presença de psicopatologia na mãe se relaciona com níveis mais baixos de suporte bem como de interações mais hostis com os(as) adolescentes. Estas interações mais conflituosas,

levam ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos(as) jovens (Brenning, Soenens, Braet & Bal, 2012; Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy & Cappelli, 2003), corroborando parcialmente H8.

De notar que em todas as análises acima mencionadas, a percentagem de variância explicada foi baixa, sendo o valor mais alto de 20.1%, obtido na análise do efeito mediador do conflito no relacionamento entre mães-filhos(as) na relação entre ansiedade fóbica e depressão nos(as) adolescentes.

Na presente investigação realizou-se, também, a análise da mediação usando como variável dependente o **índice compósito CDI/Funcionamento psicossocial** (H9). Foram realizadas as análises da mediação, da mesma forma que as análises acima mencionadas, usando as mesmas dimensões do BSI como variáveis independentes (à exceção da depressão materna uma vez que não apresentou correlação significativa com o índice compósito) assim como os fatores conflito e suporte do IQRI como variáveis mediadoras. Os resultados das mediações revelaram que todas foram totais, exceto a relação entre a ideação paranoide com o CDI/funcionamento psicossocial mediada pela percepção de conflito, que revelou ser uma mediação parcial (tal como tinha acontecido para o CDI total). Raudino, Fergusson, & Horwood (2013) defenderam a existência de relação entre a qualidade do relacionamento dos(as) adolescentes com os pais e o funcionamento psicossocial, sendo que o suporte na relação se associava à redução da sintomatologia depressiva dos(as) jovens.

Assim, quando considerámos, como variável dependente, uma combinação das variáveis sintomatologia depressiva e funcionamento psicossocial dos adolescentes, o conflito e o suporte (mediadores), anularam o efeito direto de alguns sintomas psicopatológicos maternos (preditores). Face a isto, o conflito passou a ser mediador total na relação entre a ansiedade fóbica materna e o índice compósito tal como o suporte que passou também a ter efeitos mediadores totais nas relações entre psicoticismo, IGS e TSP e o índice compósito. Assim, o suporte e o conflito parecem associar-se ao desenvolvimento de depressão nos jovens e os níveis de funcionamento psicossocial, sendo que mais suporte e menos conflito foram identificados como mecanismos explicativos da depressão e do disfuncionamento psicossocial dos(as)

filhos(as) adolescentes. Na literatura, a presença de sintomatologia depressiva aparece associada a uma maior invalidação no funcionamento psicossocial, sobretudo nos domínios das relações interpessoais (Costa, 2011).

Pontos fortes, limitações e investigações futuras

A presente investigação apresenta a mais valia de consistir num estudo com *design* longitudinal, em que existiam dois momentos de avaliação, sendo o segundo 6 meses após a avaliação inicial, permitindo analisar ao longo do tempo as relações existentes entre a sintomatologia psicopatológica da mãe, a depressão nos(as) adolescentes e a qualidade da relação entre mãe e filho(a). Esta investigação contribuiu para a compreensão dos fatores de risco para sintomatologia depressiva nos adolescentes, evidenciando o impacto da sintomatologia psicopatológica materna e a importância da qualidade da relação que se estabelece entre as mães e os(as) filhos(as) no desenvolvimento da sintomatologia depressiva nos adolescentes e no seu funcionamento psicossocial. O presente estudo permitiu também identificar que a qualidade da relação mãe/adolescente pode ser a variável que transporta o efeito da psicopatologia materna na depressão do(a) filho(a).

Para a realização desta investigação recorremos a uma amostra de adolescentes e as respetivas mães. Apesar do tamanho da amostra parecer reduzido, temos de ter em consideração a dificuldade em conseguir a colaboração dos pais em investigações, sobretudo quando o *design* é longitudinal, sendo necessária a participação em diferentes momentos, daí que possa ser já considerada uma amostra significativa.

Para além dos aspetos positivos acima mencionados, existem limitações como o facto da amostra dos adolescentes ser constituída maioritariamente por raparigas, cuja dimensão é o dobro em relação aos rapazes. No que diz respeito aos pais, apesar de ter sido dada a oportunidade a ambos cuidadores de participar no estudo, a amostra é composta exclusivamente pelas mães dos(as) adolescentes visto que apenas um número reduzido de pais do género masculino colaborou na resposta aos instrumentos. Este aspeto pode dever-se aos papéis culturais, sendo habitual o predomínio das mães em detrimento dos pais no envolvimento em questões relacionadas com a educação escolar.

Face a isto, seleccionámos apenas as mães para o presente estudo, mas consideramos que em investigações futuras seria interessante replicá-lo incluindo também a figura paterna bem como um maior número de adolescentes do género masculino de modo a ter amostra mais equilibrada a nível do género. A recolha dos dados foi efetuada apenas na região centro de Portugal, correndo o risco de não ser representativa e impedindo a generalização dos resultados para adolescentes portugueses, pelo que no futuro se poderia alargar o estudo a outras regiões do país. A amostra dos adolescentes foi somente constituída por jovens da população comunitária daí que em investigações futuras fosse interessante recorrer também à população clínica, em que existissem diferentes perturbações depressivas e com diferentes níveis de gravidade. No presente estudo realizou-se a comparação da média obtida pela amostra no Índice de Sintomas Positivos com a amostra da validação do BSI para a população portuguesa bem como de valores acima do ponto de corte (1.7) para as perturbações emocionais. Em relação ao ponto de corte, no nosso estudo apenas 19 participantes apresentaram valores superiores a 1.7, o que significa que estes apresentam sintomas de perturbação emocional. Em relação às médias e desvios-padrão, na presente investigação todas as dimensões, ISP e IGS apresentam valores ligeiramente inferiores à amostra de aferição para a população portuguesa, ou seja, a maioria das mães que integra a amostra do estudo não apresenta níveis de sintomatologia considerados psicopatológicos ou que exijam intervenção clínica.

Na recolha de dados administrámos a entrevista A-LIFE com os(as) adolescentes, para além do protocolo de instrumentos de autorresposta aplicado aos jovens e às mães, o que permitiu fazer um estudo adicional da variável funcionamento psicossocial e obter uma visão mais completa do funcionamento dos mesmos. O facto de o protocolo ser extenso levou-nos a colocar a hipótese de poder ter influenciado as respostas dos participantes, na medida em que poderá ter contribuído para diminuir a capacidade de manter a concentração bem como para aumentar a fadiga ou a desmotivação.

Em investigações futuras poderia também analisar-se as relações existentes entre as variáveis da presente investigação nos rapazes e raparigas, separadamente, de modo a

avaliar se a qualidade das relações com a mãe é mediadora nas raparigas e nos rapazes ou apenas num dos géneros. Face aos resultados de estudos anteriores, é provável que se verifique efeito mediador sobretudo nas raparigas visto que por norma estabelecem relações mais próximas com a mãe em comparação com os rapazes e são mais afetadas pelo conflito nesta relação (Abela, Skitch, Adams, & Hankin, 2006; Brito, Matos, Pinheiro & Monteiro, 2015; Needham, 2008; Sheeber et al., 2007).

Os resultados da investigação sugerem implicações para a prática clínica na prevenção e tratamento da depressão, nomeadamente a necessidade de efetuar uma avaliação rigorosa da sintomatologia e de intervir na sintomatologia depressiva dos(as) adolescentes e na psicopatologia materna. Outra implicação consiste na importância de avaliar e intervir também na qualidade da relação entre mãe/filho(a), considerando que suporte é um fator protetor e o conflito é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia nos filhos(as) adolescentes. É ainda fundamental apostar em programas de prevenção da depressão na adolescência assim como em programas de promoção da qualidade da relação mãe/adolescente. No que diz respeito à figura materna, poderá ser importante, como referem outros autores, recorrer a estratégias de modo a auxiliar a mãe na compreensão dos seus sintomas assim como a melhorar a qualidade da relação com o(a) filho(a), de modo a diminuir a hostilidade e a aumentar o suporte (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007).

6. Bibliografia

- Abela, J. R., Skitch, S. A., Adams, P., & Hankin, B. L. (2006). The Timing of Parent and Child Depression: A Hopelessness Theory Perspective. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 253-263. doi:10.1207/s15374424jccp3502_9.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969–1025.
- Alberto, I. M. (2006). Instrumentos de avaliação. In I.M. Alberto (Eds.), *Maltrato e trauma na infância* (pp. 194-198). Coimbra, Portugal: Almedina.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). Washington, D.C.: APA.
- Azevedo, A., & Matos, A. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191. doi:10.15309/14psd150115.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366. doi:10.1590/s0021-75572002000500004. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000500004&script=sci_arttext.
- Bahls, S., & Bahls, F. R. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, 6(1), 49-57. doi:10.5380/psi.v6i1.3193.

- Baron, P. & Campbell, T.L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence*, 28 (112), 903-11. Retrieved from <http://search.proquest.com/socialsciences/docview/195933602?pq-origsite=gscholar>.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856. doi:10.1016/j.cpr.2005.08.001.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R., & Le Brocque, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1075-1085. doi:10.1037//0022-006x.70.5.1075.
- Brenning, K., Soenens, B., Braet, C., & Bal, S. (2012). The Role of Parenting and Mother-Adolescent Attachment in the Intergenerational Similarity of Internalizing Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(6), 802-816. doi:10.1007/s10964-011-9740-9.
- Brito, J., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., & Monteiro, S. (2015). Quality of Interpersonal Relationships and Depression in Adolescence: Psychosocial Functioning Moderating Effect. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 81-94. doi:10.15405/epsbs.2015.08.8.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331).Coimbra: Quarteto.
- Capaldi, D. M., Pears, K. C., Kerr, D. C., & Owen, L. D. (2007). Intergenerational and Partner Influences on Fathers' Negative Discipline. *Journal of Abnormal Child Psychology*,36(3), 347-358. doi:10.1007/s10802-007-9182-8.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, XXII(4), pp. 667-675.
- Carvalho, J. C.(2012). *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge* (Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal). Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63724/2/Esquizofrenia%20e%20Fam%20repercusses%20nos%20filhos%20e%20conjuge.pdf>
- Chen, M., Johnston, C., Sheeber, L., & Leve, C. (2008). Parent and Adolescent Depressive Symptoms: The Role of Parental Attributions. *Journal of Abnormal Child Psychology*,37(1), 119-130. doi:10.1007/s10802-008-9264-2.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Connell, A.M., Goodman, S.H.(2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128 (5),746–773.
- Cook, M.N., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update and guide to clinical decision making. *Psychiatry*,6(9), 17–31. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766285/>.
- Costa, A. S. (2011). Tradução da Entrevista A-LIFE - Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation - Estudo Preliminar do Funcionamento Psicossocial numa Amostra de Adolescentes Portugueses. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Costello, J., Pine, D., Hammen, C., March, J., Plotsky, P., Weissman, P., . . . Leckman, J. (2002). Development and Natural History of Mood Disorders. *Biological Psychiatry*,52, 529–542. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322302013720>.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582.
- Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the Links of Parental Responsiveness to Distress and Warmth to Child Outcomes. *Child Development*, 77(1), 44-58. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=31f4b31d-00f9-4758-b3bc-7f835f7e2c13%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4208>.
- Desha, L. N., Nicholson, J. M., & Ziviani, J. M. (2011). Adolescent Depression and Time Spent with Parents and Siblings. *Social Indicators Research*, 101(2), 233-238. doi:10.1007/s11205-010-9658-8.

- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI, pp. 553-564). Braga: APPORT.
- Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45-68. doi:10.1016/j.dr.2008.11.002.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (version 12)* (2nd ed.). Maidenhead, Berkshire. U.K: Open University Press.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). Análise Factorial. In M.Pestana, & J. Gageiro (Eds.). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4^a ed., pp. 525-530). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). Contingência, Associação e Correlação. In M.Pestana, & J. Gageiro (Eds.). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4^a ed., pp. 177-184). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Eberhart, N. K., Shih, J. H., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Understanding the Sex Difference in Vulnerability to Adolescent Depression: An Examination of Child and Parent Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(4), 493-506. doi:10.1007/s10802-006-9020-4.

- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and Paternal Depressive Symptoms and Child Maladjustment: The Mediating Role of Parental Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 943-955. doi:10.1007/s10802-007-9145-0.
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating Etiological Models of Social Anxiety and Depression in Youth: Evidence for a Cumulative Interpersonal Risk Model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(4), 329-376. doi:10.1007/s10567-011-0101-8. Retrieved from <http://search.proquest.com/psychology/docview/904912894/18BD16D4044E4B67PQ/1?accountid=43959>.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66-72. doi:10.1001/archpsyc.62.1.66.
- Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U., Marttunen, M. J., Koivisto, A., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31(4), 485-498. doi:10.1016/j.adolescence.2007.08.006.
- Garber J, Martin NC (2002) Negative cognitions in offspring of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment. In: Goodman SH, Gotlib IH (eds) *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 121–153. doi:10.1037/10449-005.

- Gledhill J., Garralda M. E. (2010). The short-term outcome of depressive disorder in adolescents attending primary care: a cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Advance online publication. Doi: 10.1007/s00127-010-0271-6
- Goldstein, T., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Gill, M., EmpositoSmythers, C., et al. (2009). Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of Affective Disorders*, *144*, 177-183.
- Goodman, S.H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 107-135. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401.
- Goodman, S. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 107-135. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding the mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*, 458-490.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(1), 1-27. doi:10.1007/s10567-010-0080-1.
- Hammen, C., Hazel, N. A., Brennan, P. A., & Najman, J. (2012). Intergenerational transmission and continuity of stress and depression: depressed women and their offspring in 20 years of follow-up. *Psychological Medicine*, *42*(5), 931-942. doi:10.1017/s0033291711001978.

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 128-140. doi:10.1037/0021-843X.107.1.128.
- Hankin, B. L., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007). Sex Differences in Adolescent Depression: Stress Exposure and Reactivity Models. *Child Development, 78*(1), 279-295. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical Mediation Analysis in the New Millennium. *Communication Monographs, 76*(4), 408-420. doi:10.1080/03637750903310360.
- Hess, A. R. & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF, 18*(2), 263-276. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000200010&lng=en&tlng=pt.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Henin, A., Petty, C., Faraone, S. V., Mazursky, H., ... Biederman, J. (2012). Psychopathology in Adolescent Offspring of Parents With Panic Disorder, Major Depression, or Both: A 10-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry, 169*(11), 1175-1184. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11101514.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., . . . Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*, 375-380. doi:10.1001/archpsyc.57.4.375.

- Kane, P. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 24,339–360. Retrieved from http://ac.els-cdn.com/S0272735804000443/1-s2.0-S0272735804000443-main.pdf?_tid=52a3789a-97be-11e5-ad2900000aacb360&acdnat=1448928119_e55b605e5059b00bbf4da91740c98e58.
- Keller, M., Lavori, P., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., & Andreasen, N. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 540-554. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800180050009
- Kenny, D. A. (2014). The four steps. Acedido a 12 de Julho de 2016 em <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm#BK>.
- Kenny, R., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2013). Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence. *Journal of Adolescence*, 36, 351-360. doi:10.1016/j.adolescence.2012.12.005.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. (2005). Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior: Nature and Nurture Effects. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 173-181. doi:10.1001/archpsyc.62.2.173.
- Klein, D. N., Lewinshon, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Olino, T. M. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, 35(3), 353-365. doi:10.1017/s0033291704003587.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.

- Lee, M., Wong, B., Chow, B., & McBride-Chang, C. (2006). Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: Perceptions of academic and family climates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (1), 82-96. doi:10.1521/suli.2006.36.1.82.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder, I: continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63. doi:10.1097/00004583-199901000-00020.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Margolese, S. K., Markiewicz, D., & Doyle, A. B. (2005). Attachment to Parents, Best Friend, and Romantic Partner: Predicting Different Pathways to Depression in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 637-650. doi:10.1007/s10964-005-8952-2.
- Marques, D. (2013). Estudo das propriedades psicométricas do Inventário da Qualidade dos Relacionamentos interpessoais (IQRI): A qualidade dos relacionamentos interpessoais e sintomatologia depressiva numa amostra de adolescentes portugueses. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Marques, D., Matos, A., & Pinheiro, M. (2014). Estudo da estrutura fatorial da versão mãe do IQRI para adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(01), 234-244. doi:10.15309/14psd150119

- Marques, D., Pinheiro, M. R., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Confirmatory Factor Analysis of the QRI Father's Version in a Portuguese Sample of Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 267-274. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.631.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2014). Testes não paramétricos. In J. Marôco (Ed.). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed., pp. 331-338). Pero Pinheiro : ReportNumber.
- Martins, I. (2014). A-LIFE interview: a longitudinal study of course of psychological status, psychosocial functioning and some psychometric properties. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Marujo, H. (1994). Síndromas depressivos na infância e na adolescência (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Matos, A. & Costa, A. (2011). *Estudo das propriedades psicométricas da entrevista A-LIFE*. Manuscrito não publicado.
- Matos, A.P., Pinheiro, M.R., & Marques, D. (2013). *Tradução, validação e estudo psicométrico da versão mãe do IQRI para adolescentes*. Manuscrito não publicado.
- McKinney, C., & Milone, M. C. (2012). Parental and Late Adolescent Psychopathology: Mothers May Provide Support When Needed Most. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 747-760. doi:10.1007/s10578-012-0293-2. Retrieved from

<http://search.proquest.com/psychology/docview/1037269211/B510BB051B8048EBPQ/1?accountid=43959-1039>. doi: 10.1037/0022-3514.61.6.1028.

McKinney, C., Milone, M. C., & Renk, K. (2011). Parenting and Late Adolescent Emotional Adjustment: Mediating Effects of Discipline and Gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(4), 463-481. doi:10.1007/s10578-011-0229-2.

McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986-1003. doi:10.1016/j.cpr.2007.03.001.

Mota, A., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., Costa, J. J., & Oliveira, S. (2015). Familial relationships perceived by parents and adolescent depression: Psychosocial functioning moderating effect. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. doi:10.15405/epsbs.2015.08.4.

Needham, B. L. (2007). Reciprocal relationships between symptoms of depression and parental support during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth Adolescence*, 37(8), 893-905. doi:10.1007/s10964-007-9181-7.

Neves, C. (2006). *Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais: contributo para a avaliação do suporte social em estudantes do ensino superior*. (Tese de mestrado) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra: Portugal.

Neves, C. & Pinheiro, M. (2009). A qualidade dos relacionamentos interpessoais com os amigos: adaptação e validação do Quality of Relationships Inventory (QRI) numa amostra de estudantes do ensino superior. *Exdra*, 2, 9-31. ISSN-e 1646-9526.

Nolen-Hoeksema, S. (1998). Ruminative coping with depression. In Heckhausen, J., and Dweck, C. S. (eds.), *Motivation and Self-Regulation Across the Life Span* (pp. 237–256). Cambridge University Press, NY.

Nolen-Hoeksema, S., and Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 115–121.

Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: Ten-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(4), 402-409. doi:10.1097/00004583-200204000-00012.

Onongha, G. I.(2015). Influence of Parent-Adolescent Conflict on Adolescent Academic Performance in Oriade Local Government Area, Osun State, Nigeria. *International Journal of Educational Research and Information Science*, *2* (4), 61-66.

Pace, U., & Zappulla, C. (2010). Relations Between Suicidal Ideation, Depression, and Emotional Autonomy from Parents in Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(6), 747-756. doi:10.1007/s10826-010-9364-9.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5* (2), 229-239. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81345.pdf>.

- Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (6), 1028-1039. doi: 10.1037/0022-3514.61.6.1028.
- Queen, A. H., Stewart, L. M., Ehrenreich-May, J., & Pincus, D. B. (2013). Mothers' and Fathers' Ratings of Family Relationship Quality: Associations with Preadolescent and Adolescent Anxiety and Depressive Symptoms in a Clinical Sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(3), 351-360. doi:10.1007/s10578-012-0329-7.
- Raudino, A., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2013). The quality of parent/child relationships in adolescence is associated with poor adult psychosocial adjustment. *Journal of Adolescence*, 36(2), 331-340. doi:10.1016/j.adolescence.2012.12.002
- Reeb, B. T & Conger, K.J. (2010). The Unique Effect of Paternal Depressive Symptoms on Adolescent Functioning: Associations with Gender and Father-Adolescent Relationship Closeness. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 758–761. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760057/>.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., Grolnick, W. S., & LaGuardia, J. G. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Volume 1, theory and methods* (2nd ed., pp. 795–849). New York: Wiley.
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth Depression in the Family Context: Familial Risk Factors and Models of Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(3), 203-219. doi:10.1007/s10567-005-6666-3.

- Schenfelder, N. E., Irwin N. Sandler, N. I., Wolchik, S., & MacKinnon, D. (2011). Quality of Social Relationships and the Development of Depression in Parentally-Bereaved Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 85 –96. doi: 10.1007/s10964-009-9503-z.
- Séguin, M., Manion, I., Cloutier, P., McEvoy, L., & Cappelli, M. (2003). Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 12, 1-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538453/>.
- Sellers, R., Collishaw, S., Rice, F., Thapar, A. K., Potter, R., Mars, B., ... Thapar, A. (2012). Risk of psychopathology in adolescent offspring of mothers with psychopathology and recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 108-114. doi:10.1192/bjp.bp.111.104984
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 144-154. doi:10.1037/0021-843x.116.1.144.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family Support and Conflict: Prospective Relations to Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 333-344.
- Simões, M. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: Elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, 21, 27-64.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the children's depression inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1), 25-39. doi:10.1007/bf00917219.

- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., et al. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology, 43*, 633–646 Retrieved from <http://users.ugent.be/~wbeyers/scripties2011/artikels/DP2007.pdf>.
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W., Mueller, T. I., Posternak, M., Endicott, J., & Keller, M. B. (2008). Predicting recovery from episodes of major depression. *Journal of Affective Disorders, 107*, 285-291. doi:10.1016/j.jad.2007.09.001.
- Steinberg, L. (1987). Recent research on the family at adolescence: The extent and nature of sex differences. *Journal of Youth and Adolescence, 16*, 191–197.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). New York: HarperCollins.
- Timko, C., Cronkite, R. C., Swindle, R., Robinson, R. L., Sutkowi, A., & Moos, R. H. (2009). Parental Depression as a Moderator of Secondary Deficits of Depression in Adult Offspring. *Child Psychiatry and Human Development, 40*(4), 575-588. doi:10.1007/s10578-009-0145-x.
- Tomé, G., & Matos, M.G. (2006). Depressão, rendimento escolar e estratégias de coping em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2* (1). Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100009.

- Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1006-1016. doi:10.1037/0022-006x.74.6.1006.
- Van der Sluis, C. M., Van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). Parenting and Children's Internalizing Symptoms: How Important are Parents? *Journal of Child and Family Studies, 24*(12), 3652-3661. doi:10.1007/s10826-015-0174-y.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M. B. O. & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo, 7*, 75-80. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a08.pdf>.
- Walker, C. S., & McKinney, C. (2015). Parental and emerging adult psychopathology: Moderated mediation by gender and affect toward parents. *Journal of Adolescence, 44*, 158-167. Retrieved from <http://search.proquest.com/psychology/docview/1716945621/CD74497D6EF9490EPQ/12?accountid=43959>.
- WHO. (2015, October). Depression [Web log post]. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Williams, K. L., & Galliher, R. V. (2006). Predicting Depression and Self-Esteem from Social Connectedness, Support, and Competence. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 855-874. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.855.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 167-180. doi:10.1016/j.cpr.2009.10.007.

Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206. doi:10.1086/651257.