

## Validação das emoções na infância: vergonha, ansiedade e sintomatologia depressiva

Sara Lourenço<sup>1</sup>, Lara Palmeira<sup>2</sup>, Alexandra Dinis<sup>2</sup> & José Pinto Gouveia<sup>2</sup>

As emoções são cruciais na compreensão do funcionamento psicológico. Os estudos realizados acerca da forma como as emoções assumem um papel preponderante na vida dos indivíduos, tendo por base as vivências relacionais com as figuras parentais na infância, dizem respeito maioritariamente às memórias daquele período, recordadas e evocadas por indivíduos na vida adulta.

Com o objectivo de estudar *in loco* a forma como as emoções influenciam a vida dos indivíduos desde muito cedo (ainda durante a infância), realizou-se um conjunto de estudos numa amostra constituída por 188 crianças entre os 8 e os 12 anos de idade.

Os resultados obtidos demonstram que mães percebidas como desaprovadoras das emoções dos filhos desencadeiam nas suas crianças sentimentos de vergonha, sendo que o desenvolvimento desta emoção parece contribuir significativamente para a presença de índices psicopatológicos, mais concretamente para a presença de sintomas depressivos e ansiosos.

PALAVRAS-CHAVE: Infância, Emoções, Validação emocional, Vergonha, Psicopatologia.

### 1- Emoções: definição e importância

As emoções apresentam-se cada vez mais como processos fundamentais no funcionamento humano, ocupando uma posição de destaque na organização do desenvolvimento cerebral e no funcionamento psicológico e social.

A forma como a socialização das emoções decorre, particularmente o modo como as crianças compreendem, experimentam, expressam e regulam as suas emoções é cada vez mais emergente na investigação acerca dos fenómenos psicológicos (Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998).

---

1 Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINNEIC) - saramnlourenco@gmail.com

2 CINNEIC

Oatley, Keltner & Jenkins (2006) referem que as emoções são experienciadas como estados mentais diferenciados que reflectem mudanças corporais, expressões e comportamentos específicos. Leahy (2002) enfatiza a ideia de que as emoções são inatas e inerentes a cada indivíduo, mas a forma como cada indivíduo lida com as emoções que experimenta é idiossincrática.

Bowlby (1992) enfatizou a importância do papel relacional e adaptativo das emoções na procura de segurança e na luta pela sobrevivência do indivíduo, bem como a função da expressão emocional como um mecanismo de regulação das relações entre o cuidador e o cuidado (bebê) e o seu papel no desenvolvimento do indivíduo.

A perspectiva evolucionária considera que cada emoção activa um modo específico de agir. Tal desencadeia um conjunto de mecanismos psicológicos que têm como objectivo lidar eficazmente com a situação desencadeadora dessa emoção. As emoções primárias terão servido uma função importante num passado distante, em que os antepassados tinham processos cognitivos menos evoluídos e em que os contextos eram mais simples do que são hoje (Tangney & Fischer, 1995).

Emoções como a raiva, a ansiedade, a tristeza, a alegria e a repulsa são consideradas emoções primárias e constituem-se como partes integrantes do sistema emocional do ser humano. No entanto, emoções como a vergonha, o orgulho ou a culpa são consideradas emoções auto-conscientes e de segunda ordem (Lewis, 1995 *cit. in* Gilbert, 2002; Tangney & Fischer, 1995) e, contrariamente às emoções primárias, são menos partilhadas com os outros animais porque são dependentes de várias competências cognitivas exclusivas do ser humano. Por isso, o desenvolvimento destas emoções auto-conscientes é mais tardio do que o desenvolvimento das emoções primárias (Tangney & Fischer, 1995).

## **2- Modelo dos Esquemas Emocionais**

O Modelo dos Esquemas Emocionais refere-se à conceptualização das emoções e às estratégias activadas sempre que uma emoção “desagradável” é experimentada (Leahy, 2002; 2007)

O processamento emocional é definido por Pennebaker, Mayne & Francis (1997) como consistindo na diminuição da inibição da emoção, no aumento da auto-compreensão e da auto-reflexão positiva acerca da emoção sentida. Contudo, este processamento só é possível se os indivíduos são capazes de reconhecer, identificar e diferenciar as emoções (Leahy, 2007).

Quando uma determinada emoção é processada, vários factores<sup>3</sup> são operacionalizados em simultâneo, influenciando este processamento (Leahy, 2002). O processamento emocional e a forma como este decorre ao longo do desenvolvimento conduzem à formação de esquemas emocionais. Estes dizem respeito aos planos, conceitos e estratégias aplicadas como resposta a uma emoção. São eles que definem a forma como cada sujeito experimenta as emoções e que constituem as crenças que levam à estipulação de determinados planos a executar sempre que uma emoção “desagradável” é vivenciada (Leahy, 2002).

### 3- Validação emocional: origem e desenvolvimento

O Modelo dos Esquemas Emocionais enumera catorze esquemas emocionais (Leahy, 2002), mas é o esquema validação emocional<sup>4</sup> que desempenha um papel preponderante na vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia (Leahy, 2007). Este esquema está presente sempre que o indivíduo tem crenças de que há uma audiência receptiva às suas emoções, fazendo-o acreditar que existem pessoas que normalizam, legitimam e conferem um sentido à sua experiência emocional. Quando um indivíduo reconhece nos outros empatia<sup>5</sup> perante as suas emoções, aceita-as, compreende-as melhor e alcança mais benefícios interpessoais. A crença de validação emocional associa-se a menos sentimentos de culpa, à crença de que os outros compreendem as suas emoções, à rejeição de um modelo simplista acerca das emoções, à crença de controlabilidade perante a experiência de uma determinada emoção, a um maior consenso, a menos embotamento afectivo e à curta duração e maior aceitação das emoções. A validação emocional permite que o indivíduo percepcione que as emoções são mais controláveis e compreensíveis e menos idiossincráticas<sup>6</sup>. Esta inicia-se através de processos de vinculação durante a infância e desenvolve-se ou fica bloqueada através do processo da socialização das emoções. O sucesso ou o fracasso de um processamento emocional saudável dependerá deste processo (Leahy, 2002; 2005).

---

3 São eles: o reconhecimento e a identificação da emoção, a execução de tentativas de inibir ou maximizar a emoção, a activação da hipervigilância e de estratégias de resolução de problemas, a expressão ou a ventilação da emoção, o apoio numa audiência (social) receptiva e de suporte ou a distração e a avaliação das distorções do seu próprio pensamento (Leahy, 2002).

4 Do inglês *validation*.

5 Empatia é definida como uma resposta emocional que tem por base o reconhecimento de um estado ou condição emocional no outro, sendo que esta resposta é muito semelhante ou idêntica ao que a outra pessoa está a sentir ou é esperado que ela sinta naquela situação (Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998).

6 No sentido da normalização das emoções, isto é, estas são comuns a uma audiência que valida a emoção experienciada pelo indivíduo.

### 3.1- Papel da vinculação na validação emocional

As crianças têm uma predisposição inata para iniciar e manter processos vinculativos com uma determinada figura de vinculação e, mesmo perante interrupções no estabelecimento da vinculação, estão capacitadas para activar determinados sistemas comportamentais que têm como objectivo completar o processo de vinculação até que esta seja sentida como segura (Bowlby, 1992; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Bowlby (1992) propõe que o estabelecimento de uma vinculação segura depende do desenvolvimento de representações cognitivas da figura de vinculação<sup>7</sup>. As crianças que têm uma representação cognitiva dos cuidadores como sendo figuras de vinculação segura, em que a representação cognitiva de que o cuidador é responsivo<sup>8</sup>, são normalmente crianças cujas emoções foram aceites e compreendidas pela figura vinculativa. As representações cognitivas das figuras de vinculação desenvolvidas durante a infância afectam as experiências de vinculação futuras com outros indivíduos que vão surgindo ao longo da vida nas interacções interpessoais estabelecidas. O estabelecimento de uma vinculação segura na infância é fundamental para o desenvolvimento de competências emocionais adaptativas e funcionais na vida adulta (Leahy, 2005).

### 3.2- Papel dos estilos parentais e socialização das emoções na validação emocional

A formação do esquema de validação emocional não depende apenas da constituição de uma vinculação segura no período desenvolvimental correspondente à infância. Pais diferentes têm objectivos diferentes no que toca à socialização das emoções dos filhos, algo que vai interferir na formação de determinados esquemas emocionais nas crianças, mais especificamente na formação do esquema de validação emocional. Os estilos parentais surgem como intervenientes na formação, por parte das crianças, da crença de que estão a ser validadas emocionalmente (Gottman, Katz & Hooven, 1997).

As teorias do desenvolvimento sugerem a existência de congruência entre as experiências emocionais vivenciadas durante a infância e as interacções estabelecidas com os outros na idade adulta. Quando as relações afectivas transmitem às crianças representações negativas do *Eu* e dos outros, tal conduz à adopção

---

<sup>7</sup> Do inglês *internal working models*.

<sup>8</sup> Um cuidador responsivo é aquele que, por exemplo, perante um momento de choro da criança é capaz de a acalmar através de interacções recíprocas e lhe fornece, com o seu comportamento de cuidado, interacções positivas em detrimento de interacções punitivas.

de padrões sociais não adaptativos que se transmitem ao longo das gerações (Shields & Cicchetti, 2001).

Gottman (2004) apresenta quatro estilos parentais que diferem na forma como influenciam o processo de formação das crenças de validação emocional, considerando-se que os pais são, por excelência, as figuras com quem as crianças estabelecem as primeiras relações afectivas significativas. O estilo parental desvalorizador (*dismissing style*) é caracterizado por uma atitude de indiferença e desvalorização das emoções dos filhos, em que os pais ignoram a expressão das emoções “más” experimentadas pelas suas crianças (e.g., a tristeza ou a raiva). O estilo parental desaprovador (*punitive style*) desaprova, através do castigo e da punição, a expressão de emoções “más” por parte das crianças. O estilo parental permissivo (*laissez-faire*) traduz-se no facto de as crianças não serem orientadas perante a expressão das suas emoções. O estilo parental treinador de emoções (*emotional coaching style*) que se constitui como o único estilo parental positivo (Gottman, 2004). É o estilo parental treinador de emoções que proporciona à criança empatia e orientação, fazendo-a sentir-se valorizada, confortada e aceite (validada) através da sua expressão emocional. A criança com pais treinadores de emoções recebe empatia, percebe que é aceite pelos pais mesmo quando expressa emoções “más” e aprende, em simultâneo, a lidar com as suas emoções e a regulá-las. Por isso, as crianças com pais treinadores de emoções sentem-se confortáveis ao expressarem as suas emoções, aprendem a confiar nos seus sentimentos e a resolver os problemas a eles associados (Eisenberg *et al.*, 1998; Gottman, 2004).

As emoções são essenciais para a socialização porque transmitem valores associados à forma como o ser humano se relaciona com os outros e aos significados que ele dá às situações sociais e às normas sociais. As interações sociais com qualidade afectiva, nomeadamente a partilha de afectos positivos, a contingência emocional e a sensibilidade dos cuidadores, são fundamentais para o sucesso do processo de socialização (Dennis, Cole, Zahn-Waxler & Mizuta, 2002). A socialização das emoções nas crianças é dependente de processos vinculativos e dos estilos parentais executados pelos pais. A socialização é um processo bidireccional que depende das características das crianças (e.g., a idade, o sexo, a reactividade temperamental e a regulação emocional), das características dos pais (e.g., os valores, a filosofia da criação dos filhos e a regulação emocional e emocionalidade dos pais), das características da cultura (geral) e da subcultura (familiar) (e.g., os valores culturais acerca da expressão das emoções e o papel das práticas parentais no que toca à criação dos filhos ao longo do desenvolvimento, respectivamente) e dos aspectos do contexto específico (e.g., o grau em que o comportamento da criança é inapropriado e o grau em que cada situação é importante para a criança ou para os pais) (Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998).

As reacções dos pais às emoções dos filhos, bem como o debate das emoções e a expressão das mesmas pela parte dos pais vão influenciar a forma como as crianças assimilam e acomodam o processamento das informações relativas às emoções (Eisenberg *et al.*, 1998).

504

A comunicação dos pais acerca das suas emoções e a forma como eles próprios regulam as emoções contribui também para o desenvolvimento sócio-emocional da criança. A existência do debate acerca da vivência das emoções no seio familiar transmite a ideia de suporte e ajuda a criança a tomar consciência dos seus estados emocionais, promovendo o desenvolvimento de um sistema conceptual relacionado com as emoções. As características idiossincráticas das crianças afectam a escolha parental dos comportamentos de socialização associados à emoção e moderam os efeitos dos comportamentos de socialização emocional específicos na expressão emocional das crianças. As características temperamentais e de personalidade da criança e o estágio de desenvolvimento em que aquela se encontra vão influenciar a forma como os pais reagem às emoções dos seus filhos. As crianças que crescem com adultos que encorajam o diálogo acerca das experiências emocionais têm maior probabilidade de se tornarem mais capazes de comunicar as suas próprias emoções e de conseguirem compreender melhor as emoções manifestadas pelos outros. Deste modo, pensa-se que tal conduzirá ao desenvolvimento de mais competências emocionais e sociais por parte das crianças (Eisenberg *et al.*, 1998).

As mães parecem desempenham comportamentos de socialização das emoções de forma diferente consoante o sexo dos seus filhos, por exemplo, parecem conversar mais com os filhos do que com as filhas acerca da emoção de raiva, ainda que conversem mais sobre sentimentos de tristeza com as filhas do que com os filhos (Dunn *et al.*, 1987, Fivush, 1989, Fivush, 1991; Kuebli *et al.*, 1995, Kuebli & Fivush, 1992, *cit. in* Eisenberg, 1998). Também, as mães parecem encorajar mais as filhas a conversar sobre as suas emoções negativas, do que encorajam os filhos (Fabes, Eisenberg, Karbon, Bernzweig, Speer, & Carlo, 1994).

A expressão emocional dos pais pode afectar a expressão emocional das crianças, até porque a expressão parental das emoções fornece às crianças informação acerca do significado emocional dos acontecimentos (Eisenberg *et al.*, 1998).

#### **4- Vergonha e vulnerabilidade para a psicopatologia: depressão e ansiedade**

A emoção de vergonha é uma experiência interna do *Eu* e, simultaneamente, é uma experiência social, em que o indivíduo se percepção como um agente social

não atractivo. O indivíduo tem a percepção de que o seu *Eu* é indesejado pelos outros. A vergonha é assim uma resposta involuntária à tomada de consciência da perda de estatuto e desvalorização pessoal (Gilbert, 1998).

A vergonha está associada a crenças tais como a impossibilidade de criar uma imagem positiva na mente dos outros, a possibilidade de ser desprezado ou rejeitado pelos outros porque não tem talento ou capacidades suficientes para tal e a possibilidade de ser alvo de escárnio ou de ser ridicularizado pelos outros (Gilbert, 2002).

Não obstante, a vergonha pode funcionar como uma emoção funcional: perante uma situação de ameaça social, a vergonha pode ter como objectivo defender o *Eu* das ameaças sociais percebidas, estando ao mesmo nível dos comportamentos de submissão e de fuga (Gilbert, 2000, 2002). A emoção de vergonha relaciona-se com o sistema de defesa social primitivo, manifestando-se através do desejo de fuga, de comportamentos de submissão, raiva e dissimulação. A percepção de uma ameaça ao *Eu* desencadeia emoções básicas (e.g., raiva, ansiedade, tristeza) que poderão interagir com representações simbólicas do *Eu*. Tal conduz à manifestação de emoções auto-conscientes como, por exemplo, a vergonha (Gilbert, 2000).

A vivência da infância constitui-se como um potencial factor para o desenvolvimento da emoção de vergonha, uma vez que os pais podem desempenhar papéis de rejeição, criticismo ou rotular a criança como sendo má e inadequada, acompanhando estes papéis com raiva e desaprovação perante situações de fracasso ou de mau comportamento dos filhos. A forma de lidar com os “erros” dos filhos pode contribuir para o desenvolvimento da emoção de vergonha (Gilbert & Milles, 2000).

A criança pode aprender um determinado padrão emocional, cognitivo e comportamental de resposta a determinados tipos de acontecimentos, tendo por base os padrões de resposta dos pais. Os estilos afectivos dos membros da família também podem influenciar o desenvolvimento de determinadas emoções nas crianças, isto é, emoções como a vergonha podem não surgir exclusivamente do modelamento directo através da observação dos pais, mas pode resultar das interacções mais gerais e até menos próximas, dentro do sistema familiar. As práticas educativas podem desenvolver-se como um factor moderador fundamental no desenvolvimento de emoções como a vergonha (Ferguson & Stegge, 1995, *cit. in* Tangney & Fisher, 1995).

Tangney & Dearing (2002, *cit. in* Webb, Heisler, Call, Chickering & Colburn, 2007) sugerem que a propensão para a vergonha nas crianças está relacionada com a repugnância parental, com a falta de afecto e com mensagens disciplinares focadas na rejeição do *Eu* da criança. Loader (1998, *cit. in* Webb *et al.*, 2007) salienta que a criança abusada pelos pais, independentemente da forma e do tipo de abuso a que é exposta, é levada a concluir que é merecedora desse abuso, particular-

mente quando o progenitor lhe transmite a ideia de que o abuso decorre para o seu próprio bem. Posto isto, a criança pode desenvolver o sentimento de que há algo de errado nela (“*Eu sem valor*”), levando-a a desenvolver sentimentos de vergonha relativamente aquilo que acredita ser. Se a criança for tratada pelos outros, sobretudo pelos pais, como sendo inútil, inferior e indesejada, pensa-se que essa criança irá desenvolver crenças de que os outros não a vêem de forma positiva e, por isso, ela irá construir e desenvolver modelos internos negativos acerca do seu *Eu* (Gilbert, Allan & Goss, 1996).

A emoção de vergonha é considerada como central no desenvolvimento de psicopatologia (Gilbert, 2000; Pinto-Gouveia & Matos, 2010). A vergonha está associada a fracas competências sociais e de empatia para com os outros, a sentimentos de raiva, a hostilidade e a estratégias disfuncionais para lidar com a raiva. A vergonha parece ser a emoção mais patológica que se associa à depressão (Tangney & Dearing, 2002). A vergonha é crucial na formação e na manutenção de inúmeros tipos de psicopatologia, principalmente porque é uma variável preditora de quadros clínicos como a depressão e a ansiedade social e de índices significativos de baixa auto-estima (Gilbert & Andrews, 1998). Gilbert (2000) realizou um estudo acerca dos constructos de vergonha, culpa, orgulho, ansiedade social, depressão e estatuto social, tendo verificado que a vergonha, a ansiedade social e a depressão parecem estar intimamente associadas, caracterizando-se através de sentimentos de inferioridade e de comportamentos submissos e não assertivos.

## Objectivos

Espera-se que estilos parentais não validantes das emoções estejam associados a maiores índices de vergonha e que estes, por sua vez, estejam associados a maiores índices de sintomas depressivos e ansiosos, sendo que se hipotetiza que a vergonha medeia a relação entre os estilos parentais não validantes e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

## Metodologia

### 1- Amostra

Conceptualizou-se um estudo transversal que avaliasse uma amostra da população geral, constituída por crianças dos 8 aos 12<sup>9</sup> anos de idade. A recolha da amostra

---

<sup>9</sup> A selecção de crianças dos 8 aos 12 anos tem que ver com a necessidade de recolher uma amostra de crianças cujo desenvolvimento de competências cognitivas para a leitura e para a compreensão dos itens constituintes das escalas não esteja comprometido. Como objectivo último, pretende-se que as

efectuou-se em escolas públicas e privadas do distrito de Coimbra, sendo que o preenchimento dos protocolos decorreu nas escolas. Os critérios de exclusão dos participantes foram os seguintes: (a) crianças previamente sinalizadas pela escola como tendo dificuldades de aprendizagem, (b) crianças com dificuldades cognitivas que comprometessem a leitura e compreensão dos itens que constituíam as escalas, (c) crianças com idade inferior a 8 anos e superior a 12 anos (d) preenchimento incompleto das escalas (e) preenchimento das escalas das crianças em contexto familiar, em vez do contexto escolar.

A amostra final de crianças é constituída por 188<sup>10</sup> crianças, 86 do sexo masculino (45,7%) e 102 do sexo feminino (54,3%), com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade. A média de idades do total da amostra é de 9.64 (DP=1.141), não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o sexo feminino ( $t(186)=-1.662$ ;  $p=.098$ ), ao nível da distribuição desta variável (cf. Quadro 1).

**Quadro 1. Características gerais da amostra de crianças: idade e anos escolaridade**

		Idade					Ano de escolaridade						
		8	9	10	11	12	2º	3º	4º	5º	6º	7º	
Masculino	N	86	19	28	19	18	2	0	29	21	26	8	2
	%	45.7	22.1	32.6	22.1	20.9	2.3	0.0	33.7	24.4	30.2	9.3	2.3
Feminino	N	102	17	24	33	22	6	2	19	31	28	22	0
	%	54.3	16.7	23.5	32.4	21.6	5.9	2.0	18.6	30.4	27.4	21.6	0.0
Total	N	188	36	52	52	40	8	2	48	52	54	30	2
	%	100	19.1	27.7	27.7	21.3	4.2	1.1	25.5	27.7	28.7	15.9	1.1
		M	DP	t	p	M	DP	t	p				
Masculino		9.49	1.125	1.662	.098	4.22	1.089	-1.629	.105				
Feminino		9.76	1.145			4.48	1.088						

## 2. Instrumentos<sup>11</sup>

### 2.1- Children´s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992; Dias & Gonçalves, 1999).

O CDI é um questionário de auto-relato apropriado para crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos de idade. O instrumento permite quantificar um conjunto de

crianças da amostra possam dar respostas fiáveis, que resultem da compreensão do conteúdo das frases que têm de considerar para responder aos instrumentos de auto-resposta.

<sup>10</sup> A ausência de resposta a um determinado número de itens nos questionários das crianças justifica o facto do N da amostra ser variável ao longo dos estudos.

<sup>11</sup> Os estudos de consistência interna apresentados dizem respeito apenas às variáveis constituintes deste trabalho.

sintomas depressivos, incluindo o humor perturbado, problemas na capacidade hedônica e nas funções vegetativas, baixa auto-avaliação, desespero e dificuldades nos comportamentos interpessoais.

Um estudo português de Dias & Gonçalves (1999), com uma amostra de 191 sujeitos dos 8 aos 17 anos, revela um valor de *alpha de Cronbach* de .80. No que toca à análise factorial do CDI, estes autores revelam a impossibilidade de distinguir as cinco subescalas como factores diferenciados e, mesmo forçando a análise a cinco factores, os itens não se agrupam em factores interpretáveis.

Para o presente estudo, o item 9 presente no questionário original foi retirado. Este item referia-se à tendência para pensamentos suicidas. Uma vez que a amostra diz respeito a crianças dos 8 aos 12 anos considerou-se que este item seria desadequado e desadaptado para uma população tão jovem. A análise da consistência interna revelou um valor de *alpha de Cronbach* para a pontuação total do CDI de .71.

De ressaltar que a amostra correspondente ao presente estudo se encontra dentro do intervalo normal, segundo os sexos, para a população portuguesa (Gonçalves & Dias, 1999), tendo em conta a pontuação total alcançada no CDI. Assim, para o sexo masculino, o valor da média da amostra é de 8.39 (DP=4.27), encontrando-se dentro do intervalo normal para a população masculina portuguesa ([5.13; 15.33]), sendo que, para o sexo feminino, o valor da média da amostra é de 8.98 (DP=4.89), encontrando-se igualmente dentro do intervalo normal para a população feminina portuguesa ([5.64; 17.96]). Neste sentido, a amostra de crianças constituinte deste estudo apresenta valores normais no que respeita à sintomatologia depressiva avaliada pelo CDI.

## **2.2- State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori & Platzek, 1973; Dias & Gonçalves, 1999).**

O STAIC é um instrumento que visa avaliar a ansiedade em duas dimensões diferentes, são elas a ansiedade-estado (STAIC c-1) e a ansiedade-traço (STAIC c-2). No presente estudo, optou-se pela administração apenas do STAIC c-2, por se tratar de uma medida mais estável dos níveis de ansiedade das crianças.

Um estudo português realizado em 1999 por Dias & Gonçalves revela um *alpha* de .76, numa amostra de 185 sujeitos dos 8 aos 17 anos. No presente estudo, a consistência interna é representada por um *alpha* de .78.

A consistência interna do instrumento tem um valor de *alpha* de .78. A amostra não se encontra dentro do intervalo normal, segundo os sexos, para a população

portuguesa (Gonçalves & Dias, 1999), tendo em conta a pontuação total alcançada no STAIC. Assim, para o sexo masculino, o valor da média da amostra é de 35.28 (DP=5.74), encontrando-se abaixo do intervalo normal para a população masculina portuguesa ([37.30; 46.10]), sendo que, para o sexo feminino, o valor da média da amostra é de 35.74 (DP=5.90), encontrando-se igualmente abaixo do intervalo normal para a população feminina portuguesa ([40.23; 50.99]).

Neste sentido, a amostra de crianças constituinte deste estudo apresenta valores abaixo daqueles que foram encontrados para a população portuguesa, no que respeita à presença de sintomatologia ansiosa avaliada pelo STAIC. Os sujeitos da presente amostra são menos ansiosos do que seria esperado, tendo por base o intervalo de normalidade acima referido.

### **2.3- Test of Self-Conscious Affect for Children (TOSCA-C; Tangney, Wagner, Burgraff, Gramzow & Fletcher, 1990; Tradução e adaptação de Pinto Gouveia, J., Palmeira, L. & Lourenço, S., 2008).**

O TOSCA-C é dirigido a crianças dos 8 aos 12 anos de idade. Este instrumento é constituído por um conjunto de quinze cenários – dez cenários de situações negativas e cinco cenários de situações positivas – em que se pede às crianças que respondam a um conjunto de afirmações relativas e associadas a cada cenário

No presente estudo, a subescala Vergonha apresenta um valor de *alpha* de .80.

### **2.4- Questionário de Esquemas de Validação Emocional – Versão para crianças (QEVE-C; Dinis, A. & Pinto Gouveia, J., 2007).**

O QEVE-C é um instrumento construído com base no Questionário de Esquemas de Validação Emocional – Versão para Adultos e será aplicado pela primeira vez neste estudo. A versão do QEVE para crianças destina-se a avaliar o modo como as crianças percebem e interpretam a forma como as mães lidam com a expressão das emoções dos filhos. Para cada afirmação apresentada é solicitado às crianças que avaliem o seu grau de concordância com cada frase, tendo como ponto de referência o funcionamento habitual das suas mães. As respostas são dadas de acordo com uma escala de Likert de 1 a 3, em que 1 significa “nunca”, 2 significa “às vezes” e 3 significa “sempre”. O QEVE-C é constituído por 13 itens que se organizam em três subescalas, uma com uma dimensão positiva (“estilo de validação treinador das emoções”) e duas com uma dimensão negativa (“estilo de validação indiferente” e “estilo de validação desaprovador”).

Tal como supracitado, o QEVE-C encontra-se em fase de construção, estando ele sujeito a sucessivas alterações, à medida que os estudos revelam novos dados e resultados. No presente estudo, o QEVE-C revelou valores baixos de consistência interna para as subescalas “estilo de validação treinador de emoções”, “estilo de validação indiferente” e “estilo de validação desaprovador” de, respectivamente, .53, .39 e .39.

### 3- Procedimento

Para este estudo foi criado um protocolo de auto-resposta destinado às crianças.

Num primeiro momento, as mães<sup>12</sup> foram contactadas através das escolas para autorizarem a participação dos seus educandos na mesma, assinando um consentimento informado. Depois da recepção da autorização de participação no estudo, criou-se um sistema de correspondência numérica entre cada autorização e cada protocolo entregue às crianças, assegurando-se o carácter anónimo e a confidencial dos dados.

Deste modo, as crianças autorizadas pelas mães a participar no estudo, através do preenchimento do consentimento informado, preencheram o protocolo dirigido a elas, em contexto escolar, na presença de uma professora seleccionada pela escola para o efeito. Sempre que necessário, foram fornecidas explicações relevantes para o correcto preenchimento dos instrumentos pelas crianças.

## Resultados<sup>13</sup>

### 1. Percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções no presente, vergonha e sintomatologia depressiva

Perante a hipótese da vergonha poder ser uma variável mediadora do efeito da percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções sobre a sintomatologia depressiva das crianças, procurou averiguar-se este possível efeito mediador (Baron & Kenny, 1986; Brace, Kemp & Snelgar, 2003), através de

---

<sup>12</sup> A autorização de participação no estudo foi pedida às mães, uma vez que as mães também teriam de participar numa outra vertente da investigação. Contudo, as autorizações podiam ser dadas não só pelas mães, mas também pelos encarregados de educação ou por outras figuras cuidadoras.

<sup>13</sup> Nesta secção procedemos à apresentação da análise dos dados recolhidos, depois destes terem sido introduzidos numa base de dados executada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences 15.0* (SPSS) para o sistema operativo *Windows*.

quatro momentos de análise estatística diferentes. São eles: (1) uma análise de regressão com a variável acerca da forma como as crianças percebem que as suas mães validam as suas emoções (QEVE-C), como variável preditora ou independente, e com a sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI Total), como variável critério ou dependente; (2) uma análise de regressão com a variável de vergonha (avaliada pelo TOSCA-C Vergonha), como variável preditora, e com a sintomatologia depressiva (CDI Total), como variável critério; (3) uma análise de regressão com a variável acerca da forma como as crianças percebem que as suas mães validam as suas emoções (QEVE-C), como variável independente, e com a variável de vergonha (avaliada pelo TOSCA-C Vergonha), como variável dependente; (4) e uma análise de regressão com a variável acerca da forma como as crianças percebem que as suas mães validam as suas emoções (QEVE-C) e, ainda, com a variável de vergonha (TOSCA-C Vergonha), como variáveis preditoras, e com a sintomatologia depressiva (medida pelo CDI Total), como variável critério.

Um efeito mediador total ou perfeito é estabelecido se a variável acerca da forma como as crianças percebem que as suas mães validam as suas emoções está relacionada de forma significativa com a sintomatologia depressiva, na primeira equação, se a variável de vergonha está relacionada, de forma significativa, com a sintomatologia depressiva, na segunda equação, se a variável acerca da forma como as crianças percebem que as suas mães validam as suas emoções está relacionada de forma significativa com a variável de vergonha, na terceira equação, e, finalmente, se a variável de vergonha (mas não a variável acerca da forma como as crianças percebem que as suas mães validam as suas emoções) se encontra relacionada de forma estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva, na quarta equação.

### **1.1- Estudos de regressão: percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções sobre a sintomatologia depressiva**

Com o objectivo de verificar quais as dimensões do QEVE-C (percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções) que melhor predizem a variância na sintomatologia depressiva, realizou-se uma análise de regressão com o instrumento que mede as percepções das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (subescalas Treinador, Indiferente e Desaprovador do QEVE-C), como variáveis preditoras, tendo como variável critério a sintomatologia depressiva (CDI Total).

**Quadro 2. Análises de regressão múltipla standard (método Enter) para as dimensões do QEVE-C (variáveis independentes) sobre a sintomatologia depressiva (CDI Total)**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
QEVE-C Treinador					-.187	-2.520	.013
QEVE-C Indiferente	.256	.066	4.170	.007	.054	.697	.487
QEVE-C Desaprovador					.167	2.217	.028

Tendo como variáveis predictoras as subescalas do QEVE-C, a análise dos resultados da regressão (cf. Quadro 2) sugere que os preditores significativos da variância na sintomatologia depressiva são o Treinador<sup>14</sup> e o Desaprovador<sup>15</sup>, explicando, em conjunto, um total de 6.6% da variância ( $R=.256$ ;  $p=.007$ ), sendo que a variável Treinador contribui mais expressivamente para a variância da sintomatologia depressiva ( $\beta=-.187$ ) ( $t=-.520$ ;  $p=.013$ ) do que a variável Desaprovador ( $\beta=.167$ ) ( $t=2.217$ ;  $p=.000$ ).

### 1.2- Estudos de regressão: vergonha sobre sintomatologia depressiva

Com vista a verificar se a vergonha (do TOSCA-C) prediz a variância na sintomatologia depressiva, executou-se uma análise de regressão com a subescala que mede a vergonha (TOSCA-C Vergonha), como variável independente, tendo como variável dependente a sintomatologia depressiva (CDI Total).

**Quadro 3. Análises de regressão linear simples (método Enter) da vergonha (TOSCA-C) sobre a sintomatologia depressiva (CDI Total)**

Preditor	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
TOSCA-C Vergonha	.424	.180	39.395	.000	.424	6.277	.000

Tendo como variável independente a medida de vergonha, a análise dos resultados da regressão (cf. Quadro 3) sugere que esta se constitui como uma preditora significativa da variância na sintomatologia depressiva, explicando um total de 18% da variância ( $R=.424$ ;  $p=.000$ ) ( $t=6.277$ ;  $p=.000$ ).

<sup>14</sup> De notar que nesta amostra, através do valor  $t$ , se pode concluir que é a ausência de uma mãe percebida como treinadora das emoções que prediz a sintomatologia depressiva, e não a sua presença. Contudo, é a presença de uma mãe percebida como desaprovadora das emoções que prediz a sintomatologia depressiva.

<sup>15</sup> A dimensão Indiferente do QEVE-C foi excluída pelo modelo de regressão, demonstrando não ser uma variável preditora da sintomatologia depressiva, medida pelo CDI Total.

### 1.3- Estudos de regressão: percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções sobre a vergonha

Nos estudos anteriores, verificou-se que determinadas percepções das crianças acerca do modo como as mães lidam com as suas emoções (QEVE-C Treinador e QEVE-C Desaprovador), bem como a vergonha (medida pelo TOSCA-C Vergonha) contribuem de forma significativa para explicar a sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI Total).

Também, com o objectivo de verificar se a percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (QEVE-C) prediz a variância na vergonha (do TOSCA-C), realizou-se uma análise de regressão com as subescalas Treinador e Desaprovador (do QEVE-C)<sup>6</sup>, como variáveis predictoras, tendo como variável critério a vergonha (do TOSCA-C).

**Quadro 4.** Análises de regressão múltipla standard (método Enter) para as dimensões Treinador e Desaprovador do QEVE-C (variáveis independentes) sobre a vergonha (TOSCA-C)

Preditores	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
QEVE-C Treinador	.277	.077	7.691	.001	-.024	-.343	.732
QEVE-C Desaprovador					.277	3.915	.000

Tendo como variáveis predictoras as subescalas Treinador e Desaprovador (do QEVE-C), a análise dos resultados da regressão (cf. Quadro 4) sugere a existência de uma única variável preditora da variância na vergonha, isto é, o QEVE-C Desaprovador, que explica um total de 7.7% da variância ( $R=.277$ ;  $p=.001$ ) ( $t=3.915$ ;  $p=.000$ ).

### 1.4- Estudos do efeito mediador da vergonha (TOSCA-C Vergonha) na relação entre a percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (QEVE-C Desaprovador) e a sintomatologia depressiva (CDI Total)

Nos estudos que têm vindo a ser expostos, constatou-se que determinadas percepções das crianças acerca do modo como as mães lidam com as suas emoções contribuem, de forma significativa, para explicar a vergonha e, simultaneamente, a sintomatologia depressiva. Por outro lado, verificou-se que a vergonha é preditora da sintomatologia depressiva avaliada pelo CDI Total. Então, procurar-se-á, de seguida, avaliar o possível efeito mediador da vergonha entre a percepção

<sup>6</sup> A escolha de apenas duas subescalas do QEVE-C para este estudo justifica-se pelo facto de que apenas as subescalas Treinador e Desaprovador demonstraram ser estatisticamente significativas como predictoras da sintomatologia depressiva.

das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções e a sintomatologia depressiva.

514

A partir dos resultados das regressões, apurou-se que apenas a dimensão Desaprovador do QEVE-C está relacionada de forma significativa com a vergonha (TOSCA-C) e, simultaneamente, com a sintomatologia depressiva avaliada pelo CDI Total. Então, perante a hipótese de a vergonha poder ser uma variável mediadora na relação entre a percepção das crianças de que as suas mães são desaprovadoras das suas emoções e a sintomatologia depressiva, procurou averiguar-se este possível efeito mediador, através de uma regressão em que a variável da percepção dos filhos de que as suas mães desaprovam as suas emoções (QEVE-C Desaprovador) e a vergonha (potencial mediadora) são as variáveis independentes, e a sintomatologia depressiva (CDI Total) é a variável dependente. Para se afirmar que há um efeito mediador da vergonha na relação entre a percepção dos filhos de que as mães desaprovam as suas emoções e a sintomatologia depressiva, espera-se que, nesta regressão, a vergonha, mas não a percepção dos filhos de que as suas mães desaprovam as suas emoções, se encontre relacionada significativamente com a sintomatologia depressiva.

**Quadro 5. Análises de regressão múltipla hierárquica ou por blocos para o QEVE-C Desaprovador e para a vergonha (TOSCA-C) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia depressiva (CDI Total)**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
QEVE-C Desaprovador					.076	1.094	.276
TOSCA-C Vergonha	.430	.185	20.317	.000	.404	5.794	.000

Os resultados confirmam que o modelo total em questão (cf. Quadro 5) é significativo, explicando 18.5% da variância na sintomatologia depressiva ( $R=.430$ ;  $p=.000$ ). Verificou-se que a relação entre a vivência das crianças percepcionarem as suas mães como desaprovadoras das suas emoções e a sintomatologia depressiva deixa de ser significativa ( $t=1.094$ ;  $p>.05$ ) quando se fez entrar a vergonha no modelo de equação. Estes resultados confirmam que a relação significativa entre a percepção dos filhos de que as mães desaprovam as suas emoções e a sintomatologia depressiva é mediada pela vergonha, sendo este efeito mediador total ou perfeito ( $t=5.794$ ;  $p<.001$ ).

## 2. Percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções no presente, vergonha e sintomatologia ansiosa

Perante a hipótese da vergonha poder ser uma variável mediadora do efeito da percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções sobre a sintomatologia ansiosa das crianças, repetiram-se os mesmos procedimentos acima descritos, mas aqui utilizando-se a sintomatologia ansiosa (STAIC) como variável critério<sup>17</sup>.

### 2.1- Estudos de regressão: percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções sobre a sintomatologia ansiosa

Com o objectivo de verificar quais as dimensões do QEVE-C (percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções) que melhor predizem a variância na sintomatologia ansiosa, realizou-se uma análise de regressão com o instrumento que mede as percepções das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (subescalas Treinador, Indiferente e Desaprovador do QEVE-C), como variáveis predictoras, tendo como variável critério a sintomatologia ansiosa (STAIC).

**Quadro 6.** Análises de regressão múltipla standard (método Enter) para as dimensões do QEVE-C (variáveis independentes) sobre a sintomatologia ansiosa (STAIC)

Preditores	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
QEVE-C Treinador					-.092	-1.256	.211
QEVE-C Indiferente	.227	.051	3.329	.021	.100	1.326	.186
QEVE-C Desaprovador					.169	2.274	.024

Tendo como variáveis predictoras as subescalas do QEVE-C, a análise dos resultados da regressão (cf. Quadro 6) sugere a existência de apenas um preditor significativo da variância na sintomatologia ansiosa, isto é, o Desaprovador<sup>18</sup>, que explica um total de 5.1% da variância (R=.227; p=.021). Em suma, a dimensão Desaprovador do QEVE-C é a única variável que apresenta um contributo significativo para a explicação da variância na sintomatologia ansiosa ( $\beta=0.169$ ) ( $t=2.274$ ;  $p=.024$ ).

### 2.2- Estudos de regressão: vergonha sobre sintomatologia ansiosa

Com vista a verificar se a vergonha (do TOSCA-C) prediz a variância na sintomatologia ansiosa, executou-se uma análise de regressão com a subescala que mede a

<sup>17</sup> Confirmar ponto 1 da secção dos resultados.

<sup>18</sup> As dimensões Treinador e Indiferente do QEVE-C foram excluídas pelo modelo de regressão, demonstrando não serem variáveis predictoras da sintomatologia ansiosa, avaliada pelo STAIC.

vergonha (TOSCA-C Vergonha), como variável independente, tendo como variável dependente a sintomatologia ansiosa (STAIC).

**Quadro 7. Análises de regressão linear simples (método Enter) da vergonha (TOSCA-C) sobre a sintomatologia ansiosa (STAIC)**

Preditor	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
TOSCA-C Vergonha	.497	.247	60.911	.000	.497	7.805	.000

A análise dos resultados da regressão (cf. Quadro 7) sugere que esta se constitui como uma preditora significativa da variância na sintomatologia ansiosa, explicando um total de 24.7% da variância (R=.497; p=.000) (t=7.805; p=.000).

### 2.3- Estudos de regressão: percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções sobre a vergonha

Nos estudos anteriores, verificou-se que uma determinada percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (QEVE-C Desaprovador), bem como a vergonha (medida pelo TOSCA-C Vergonha) contribuem de forma significativa para explicar a sintomatologia ansiosa (avaliada pelo STAIC).

Também, com o objectivo de verificar se a percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (QEVE-C) prediz a variância da vergonha (do TOSCA-C), realizou-se uma análise de regressão com a subescala Desaprovador (do QEVE-C)<sup>19</sup>, como variável preditora, tendo como variável critério a vergonha (do TOSCA-C).

**Quadro 8. Análises de regressão múltipla standard (método Enter) para a dimensão Desaprovador do QEVE-C (variável independente) sobre a vergonha (TOSCA-C)**

Preditor	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
QEVE-C Desaprovador	.276	.076	15.337	.000	.276	3.916	.000

Os resultados da regressão (cf. Quadro 8) demonstra que a subescala Desaprovador (do QEVE-C) é preditora da variância na vergonha, explicando um total de 7.6% da variância (R=.276; p=.000) (t=3.916; p=.000).

<sup>19</sup> A escolha de apenas uma subescala do QEVE-C para este estudo justifica-se pelo facto de que apenas a subescala Desaprovador demonstra ser estatisticamente significativa como preditora da sintomatologia ansiosa.

## 2.4- Estudos do efeito mediador da vergonha (TOSCA-C Vergonha) na relação entre a percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções (QEVE-C Desaprovador) e a sintomatologia ansiosa (STAIC)

Nos estudos que têm vindo a ser expostos, constatou-se que uma determinada percepção das crianças acerca do modo como as mães lidam com as suas emoções contribui, de forma significativa, para explicar a vergonha e, simultaneamente, a sintomatologia ansiosa. Por outro lado, verificou-se que a vergonha é preditora da sintomatologia ansiosa. Então, procurar-se-á, de seguida, avaliar o possível efeito mediador da vergonha entre a percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções e a sintomatologia ansiosa.

A partir dos resultados das regressões, apurou-se que apenas a dimensão Desaprovador do QEVE-C está relacionada de forma significativa com a vergonha (TOSCA-C) e, simultaneamente, com a sintomatologia ansiosa (STAIC). Então, perante a hipótese de a vergonha poder ser uma variável mediadora na relação entre a percepção das crianças de que as suas mães são desaprovadoras das suas emoções e a sintomatologia ansiosa, procurou averiguar-se este possível efeito mediador, através de uma regressão em que a variável da percepção dos filhos de que as suas mães desaprovam as suas emoções (QEVE-C Desaprovador) e a vergonha (potencial mediadora) são as variáveis independentes, e a sintomatologia ansiosa (STAIC) é a variável dependente. Para se afirmar que há um efeito mediador da vergonha na relação entre a percepção dos filhos de que as mães desaprovam as suas emoções e a sintomatologia ansiosa, espera-se que, nesta regressão, a vergonha, mas não a percepção dos filhos de que as suas mães desaprovam as suas emoções, se encontre relacionada significativamente com a sintomatologia ansiosa.

**Quadro 9. Análises de regressão múltipla hierárquica ou por blocos para o QEVE-C Desaprovador e para a vergonha (TOSCA-C) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia ansiosa (STAIC)**

Preditores	R	R <sup>2</sup>	F	p	β	t	p
QEVE-C Desaprovador	.500	.250	30.830	.000	.060	.900	.369
TOSCA-C Vergonha					.480	7.249	.000

Os resultados mostram que o modelo total em questão é significativo (cf. Quadro 9), explicando 25% da variância na sintomatologia ansiosa ( $R=.500$ ;  $p=.000$ ). A relação entre a vivência das crianças percepcionarem as suas mães como desaprovadoras das suas emoções e a sintomatologia ansiosa deixa de ser significativa ( $t=.900$ ;  $p>.05$ ) quando se fez entrar a vergonha no modelo de equação. Estes

resultados confirmam que a relação significativa entre a percepção dos filhos de que as mães desaprovam as suas emoções e a sintomatologia ansiosa é mediada pela vergonha, sendo este efeito mediador total ou perfeito ( $t=7.249$ ;  $p<.001$ ).

## Discussão

### 1- Percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções no presente, vergonha e sintomatologia depressiva

Das análises estatísticas efectuadas, é possível afirmar que a ausência de mães treinadoras das emoções, em conjunto com a presença de atitudes e comportamentos desaprovadores das emoções dos filhos, conduzem as crianças à manifestação de sentimentos de tristeza. Contudo, parece que é a presença de mães desaprovadoras das emoções dos filhos que os leva à experimentação da emoção de vergonha.

Neste seguimento, foi possível averiguar que a presença de uma mãe que desaprova as emoções do filho(a) o(a) leva à experimentação de sentimentos de tristeza, sendo que a presença da emoção de vergonha medeia completamente esta relação, isto é, a presença de uma mãe desaprovadora das emoções do filho(a) parece não ser a causa directa da vivência de sentimentos de tristeza por parte da criança, mas pode vulnerabilizá-la para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha, que aumentam o risco do desenvolvimento de sintomatologia depressiva na criança.

As formas dos pais lidarem com as emoções dos filhos, nomeadamente quando se demonstram desaprovadores, rejeitadores e críticos, parecem influenciar o desenvolvimento da emoção de vergonha (Ferguson & Stegge, 1995, *cit. in* Tangney & Fisher, 1995), bem como contribuírem para o desenvolvimento de quadros depressivos na vida adulta (Eisenberg *et al.*, 1998; Shields & Cicchetti, 2001; Leahy, 2002; Gottman, 2004; Leahy, 2005). Assim, a influência da forma como as mães lidam com as emoções dos filhos, particularmente quando se demonstram desaprovadoras das suas emoções (não validantes), conduzem ao desenvolvimento de vergonha (“as minhas emoções não têm valor, eu não tenho valor, não sou digna de sentir estas emoções”). Os resultados obtidos na nossa amostra sugerem que a vergonha parece vulnerabilizar as crianças para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, desde idades muito precoces (faixa etária dos 8 aos 12 anos).

Ainda, os nossos resultados apoiam a afirmação de Gilbert (2000) de que a manifestação de vergonha pode traduzir-se em sentimentos de desprezo ou tristeza,

mostrando que a vergonha tem um papel central no desenvolvimento de índices depressivos nas crianças. Os resultados sugerem, também, que não é a desaprovação emocional das mães que conduz directamente a sintomas depressivos nos filhos, mas que essa desaprovação conduz a sentimentos de vergonha que se constituem como um factor de vulnerabilidade que poderá contribuir para os sentimentos de tristeza manifestados pelas crianças (“eu sou diferente, ninguém me aceita como eu sou, as minhas emoções são erradas”).

## **2- Percepção das crianças acerca do modo como as mães validam as suas emoções no presente, vergonha e sintomatologia ansiosa**

A análise dos resultados permite afirmar que a presença de comportamentos desaprovadores das emoções das crianças, por parte das suas mães, conduz as crianças à manifestação de ansiedade. Também, a presença de mães desaprovadoras das emoções dos filhos leva-os à experimentação da emoção de vergonha, sendo que a experimentação desta emoção por parte das crianças parece conduzi-las à vivência de estados ansiosos.

Neste seguimento, foi possível averiguar que a presença de uma mãe que desaprova as emoções do filho(a) o(a) conduz à experimentação de estados ansiosos, sendo que a presença da emoção de vergonha medeia completamente esta relação, isto é, a presença de uma mãe desaprovadora das emoções do filho(a) parece não se constituir como a causa directa da experimentação de ansiedade por parte da criança, mas pode vulnerabilizá-la para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha, que aumentarão o risco de desenvolvimento de estados ansiosos na criança, desde muito cedo.

A literatura sugere que os pais que desempenham papéis de rejeição, criticismo ou rotulam a criança como sendo má e inadequada, acompanhando estes papéis com raiva e desaprovação perante situações de fracasso ou de mau comportamento por parte dos filhos, pode conduzir ao desenvolvimento de vergonha, sendo que a manifestação desta pode traduzir-se em ansiedade (Gilbert, 2000; Gilbert & Milles, 2000). No nosso estudo, as crianças que percebem as mães como desaprovadoras das suas emoções estão associadas a índices de ansiedade, sendo que a emoção de vergonha, provavelmente resultante da desaprovação emocional por parte das mães (“eu não posso mostrar o que sinto, porque a minha mãe me vai desaprovar” e “as minhas emoções não são válidas”) medeia, de modo significativo, a presença de ansiedade nestas crianças.

Neste seguimento, os resultados obtidos no nosso estudo sugerem que as mães desaprovadoras das emoções dos filhos os fazem sentir-se diferentes, desenvol-

vendo neles um sentimento de vergonha (“as minhas emoções são erradas” e “tenho de esconder as minhas emoções”). Além disso, o medo da desaprovação emocional por parte das mães pode conduzir estas crianças a estados ansiosos, uma vez que estas preferem guardar as suas emoções para si, do que expressá-las perante as mães, com vista a evitar a desaprovação. Também, a vergonha parece ser uma emoção central na manifestação de sintomatologia ansiosa nas crianças, uma vez que esta emoção parece vulnerabilizá-las para a manifestação de sintomas ansiosos.

### **Limitações**

A natureza transversal deste estudo, por si só, constitui-se como uma limitação, uma vez que não permite a realização de inferências de causalidade.

Uma outra limitação deste estudo prende-se com a baixa consistência interna das subescalas do QEVE-C. Contudo, foi a subescala Desaprovador que se mostrou preditora da vergonha e da sintomatologia ansiosa e depressiva das crianças e esta apresenta uma consistência interna no limite do aceitável para ser usada em investigação. Serão necessários estudos futuros com outras escalas que avaliem estilos parentais com vista à confirmação dos resultados obtidos no presente estudo. É importante considerar que todos os instrumentos usados para medir as variáveis envolvidas neste estudo não se encontram adaptados nem aferidos para a população portuguesa. O QEVE-C, o TOSCA-C, o CDI e o STAIC são instrumentos não validados para a população portuguesa, havendo inclusivamente escassez de estudos exploratórios realizados com eles.

Os instrumentos de auto-resposta apresentam algumas desvantagens, mesmo quando administrados a adultos. Quando estes instrumentos são aplicados a crianças, há desvantagens acrescidas que podem prejudicar os resultados da investigação, isto é, os itens menos consensuais e que exigem uma maior compreensibilidade e uma maior capacidade de abstracção por parte das crianças, numa idade em que ainda estão a desenvolver competências cognitivas de abstracção, de generalização e de aplicação de conceitos, podem ser respondidos por estas ao acaso, enviesando o valor empírico do instrumento respondido. Por outro lado, o facto de os instrumentos terem sido administrados em grupo, numa sala de aula, implica a presença de algumas variáveis distractoras, mais especificamente a tendência observada das crianças para perguntar aos colegas quais as respostas por eles dadas, mas também, a tendência para a conversa e para a troca de informações entre crianças que nem sempre foi possível controlar.

Ainda, o facto de as mães serem previamente avisadas de que os seus filhos iriam responder a questionários acerca das emoções<sup>20</sup> que sentiam e acerca do modo como lidavam com as emoções experimentadas, conduziu as mães a determinadas preocupações que podem ter enviesado as respostas dadas pelas crianças. Este factor limitativo pode ter conduzido as crianças a um menor grau de sinceridade nas respostas aos itens dos instrumentos, devido ao medo que as mães lhes inculcaram acerca das consequências das suas respostas àqueles questionários.

## Conclusões

Ao longo dos anos tem vindo a ser proposta a ideia de que a psicopatologia na vida adulta é resultado, entre outros factores, de um conjunto de vivências ao longo do processo desenvolvimental de cada indivíduo. Contudo, as investigações primam essencialmente pelo estudo da psicopatologia em adultos, através do questionamento acerca de um passado que à partida estará marcado por determinadas experiências que conduziram aos quadros clínicos por eles manifestados.

No presente estudo, procurou-se a presença de índices psicopatológicos *in loco*, isto é, recorrendo-se a uma amostra de crianças e procurando-se perceber até que ponto se encontraria nesta população determinadas relações teóricas e empíricas que são usualmente encontradas nos adultos. Neste seguimento, foi possível averiguar que mães percebidas como desaprovadoras das emoções dos filhos, isto é, mães que são percebidas pelos filhos como sendo punitivas, castigando os filhos quando estes expressam emoções “más” (e.g., a tristeza ou a raiva) desencadeiam nas suas crianças sentimentos de vergonha, sendo que o desenvolvimento desta emoção parece contribuir significativamente para a presença de sintomas depressivos e ansiosos.

Este estudo permitiu avaliar a percepção que as crianças têm acerca das suas próprias “vidas emocionais”, inquirindo-as directamente, sendo este o principal contributo desta investigação. A vivência das emoções das crianças não é inferida tendo como base a forma como os pais percebem que os seus filhos vivem as suas emoções, mas sim avaliada directamente a partir das respostas das crianças.

No presente estudo, ausência de validação emocional das crianças por parte das mães contribui para a manifestação de índices de vergonha, depressão e ansiedade. As mães invalidantes (desaprovadoras) das emoções dos filhos levam a que estes experimentem desde idades tão precoces como a faixa etária dos 8 aos 12

---

20 Às mães (ou encarregados de educação) foi pedida a autorização para a participação dos filhos no estudo, através de uma declaração de consentimento informado.

anos, índices de vergonha, sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa. A emoção de vergonha assume um papel preponderante nesta investigação, não só porque foi possível concluir que esta é uma emoção presente desde muito cedo na vida das crianças, mas também pelo facto da presença desta emoção estar associada a sintomatologia ansiosa e depressiva numa população tão jovem. Mais ainda, a vergonha revelou um papel de mediação total entre a desaprovação por parte dos pais e a sintomatologia ansiosa e depressiva das crianças da amostra deste estudo.

Esta relação entre vergonha e psicopatologia encontra-se esclarecida na literatura para a população adulta (e.g. Tangney, 1995), sendo que esta investigação vem demonstrar que tal relação se constitui desde cedo na vida dos indivíduos. Tal vem enfatizar a necessidade de intervenção psicoterapêutica em populações cada vez mais jovens e, eventualmente, chamar a atenção para a necessidade da criação de programas de intervenção psicoeducativos para os pais.

No futuro, a replicação deste estudo, com provas de avaliação de não auto-resposta poderá revelar resultados interessantes, uma vez que o uso exclusivo de provas de auto-resposta pode ter condicionado os resultados obtidos pelas razões já citadas. Deste modo, a utilização de entrevistas estruturadas, construídas com vista a complementarem os instrumentos de auto-resposta seria uma metodologia que permitiria a comparação dos dados recolhidos de ambas as formas, percebendo-se se as auto-respostas podem ou não ser válidas nestas faixas etárias. Mais, a avaliação de uma amostra de díades representativa da população portuguesa é fundamental. A validade externa estaria dessa forma assegurada, podendo definir-se dados normativos para estas faixas etárias. A confirmação, com representatividade amostral, do presente estudo é importante. Os resultados obtidos com a presente amostra sugerem que os índices de psicopatologia observados na vida adulta começam a reflectir-se desde muito cedo na linha do processo desenvolvimental humano.

A intervenção psicoterapêutica parece justificar-se em idades cada vez mais jovens, mesmo a partir dos 8 anos de idade. A constituição de programas de intervenção em idades jovens potenciam a prevenção secundárias do bem-estar psicológico futuro. A presença de indicadores significativos de depressão e ansiedade nestas crianças indica “prognósticos reservados” que, com uma intervenção precoce devidamente estruturada, poderá transformar-se num prognóstico favorável.

### Referências bibliográficas

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bowlby, J. (1992). *A secure base: clinical applications of attachment theory* (reprinting). London: Routledge.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). Multiple regression: an introduction to multiple regression – performing a multiple regression. In N. Brace, R. Kemp & R. Snelgar (Eds.), *SPSS for psychologists: a guide to data analysis using SPSS for windows* (pp. 209-223). New York: Palgrave Macmillan.
- Dennis, T., Cole, P. M., Zahn-Waxler C. & Mizuta, I. (2002). Self in context : autonomy and relatedness in Japanese and U.S. mother-preschooler dyads. *Child Development* , 73 (6), 1803-1817.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T.L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273.
- Fabes, R.A., Eisenberg, N., Karbon, M., Bernzweig, J., Speer, A.L., & Carlo, G. (1994). Socialization of children's vicarious emotional responding and prosocial behavior: relations with mothers' perceptions of children's emotional reactivity. *Developmental Psychology*, 30, 44-55.
- Gilbert, P. (1998). *What is Shame? Some Core Issues and Controversies*. In Gilbert, P & Andrews, B. *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189. John Wiley & Sons, Ltd..
- Gilbert, P. (2002). Body Shame: a biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In Gilbert, P & Miles J. (Eds). *Body shame: conceptualization, research and treatment*. New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Allan, S., & Goss, K. (1996). Parental representations, shame interpersonal problems and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 23-34.
- Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. & Milles, J. N. (2000). Evolution, genes, development and psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 246-255.
- Gonçalves, M. & Dias, P. (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 & S. Caires (Orgs.). *Avaliação psicológica: formas e contextos* (pp. 553-564). Braga: APPORT.
- Gottman, J. M. (2004). *What am I feeling?*. Seattle, Washington: Parenting Press.
- Gottman, J.M., Katz, L.F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: how families communicate emotionally*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2010). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*. DOI: 10.1002/acp1689.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9, 177-191.

- Leahy, R. L. (2005). A social-cognitive model of validation: In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 195-217). London: Brunner-Routledge.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 36-45.
- Oatley, K., Keltner, D. & Jenkins, J. M. (2006). *Understanding emotions*. Malden, MA Oxford: Blackwell Pub..
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J. & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Shields A, & Cicchetti, D (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3). 349-363.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J.P. Tangney & K.W. Fisher (Eds.) *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, (114-139). New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Tangney, J. P. & Fisher, K.W. (1995). *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt and pride*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Burgraff, S. A., Gramzow, R., & Fletcher, C. (1990). *The Test of Self-Conscious Affect for Children (TOSCA-C)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A. & Colburn T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1143-1153.

### **Validation of emotions in childhood: shame, anxiety and depressive symptomatology**

The study of emotions has been considered crucial to understand the psychological functioning. Available studies on how emotions reach a paramount role in the individuals' life, based on the relational experience with parents in childhood, base themselves on memories of that period recorded and evoked by individuals in adulthood.

With the objective of studying *in loco* how emotions influence individuals' life since early on (even during childhood), a set of studies was performed in a sample of 188 children from 8 to 12 years old.

The results showed that mothers perceived as punitive of their children's emotions, activate in children feelings of shame. The development of this emotion significantly contributes to the presence of psychopathology, specifically the presence of depressive and anxiety symptoms.

KEY-WORDS: Childhood, Emotions, Emotional validation, Shame, Psychopathology.

## Validation des émotions de l'enfance: la honte, l'anxiété et la symptomatologie dépressive

L'étude des émotions est considérée cruciale dans la compréhension du fonctionnement psychologique. Les études réalisées à propos de la façon dont les émotions assument un rôle prépondérant dans la vie des individus, ayant sur base les expériences relationnelles avec les parents pendant l'enfance, concernent la plupart des fois aux mémoires de cette période-là, rappelées et évoquées par des individus adultes.

Étudier *in loco* la façon dont les émotions influencent la vie des individus depuis très tôt (pendant l'enfance), a été l'objectif de la réalisation d'un ensemble d'études dans un échantillon constitué par 188 enfants entre les 8 et les 12 ans.

Les résultats obtenus ont démontré que des mères qui n'approuvent pas les émotions de leurs enfants leurs provoquent des sentiments de honte, et le développement de cette émotion semble contribuer de manière significative pour la présence des indices psychopathologiques, plus concrètement pour la présence de symptômes dépressifs et anxieux.

MOTS-CLÉS: L'enfance, Les émotions, La validation émotionnelle, La honte et la psychopathologie.