

# **Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses.**

Ângela Maia<sup>1</sup>, Cármen Guimarães<sup>2</sup>, Cláudia Carvalho<sup>2</sup>, Liliana Capitão<sup>2</sup>,  
Sara Carvalho<sup>2</sup> & Susana Capela<sup>2</sup>

## **Resumo**

A satisfação com a vida tem sido descrita na literatura como “bem-estar pessoal” ou, mais simplesmente, “felicidade”. Esta dimensão está largamente estudada enquanto percepção subjectiva de qualidade de vida e tem sido associada a vários conceitos; contudo, poucos estudos se têm debruçado sobre outros factores que podem influenciar a satisfação, nomeadamente história de desenvolvimento e psicopatologia. Este estudo pretende averiguar a relação entre maus-tratos na infância, psicopatologia actual e a satisfação com a vida em jovens portugueses.

**Metodologia:** 211 jovens portugueses universitários e não universitários responderam a questionários que avaliavam várias dimensões do funcionamento. Para esta investigação utilizamos a exposição a situações potencialmente traumáticas na infância (CTQ, Bernstein & Fink, 1997, adaptação portuguesa de McIntyre & Costa, 2004), psicopatologia (BSI, Derogatis, 1993; adaptação portuguesa de Canavarro, 1995) e satisfação com a vida (um item com cotação 0 a 10).

**Resultados:** Foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre maltrato na infância e a satisfação com a vida e entre a psicopatologia e a satisfação com a vida e uma correlação positiva e significativa entre o maltrato e a psicopatologia.

**Conclusão:** Os resultados apontam para relações importantes sobre as variáveis em estudo, alertando para os efeitos a longo prazo dos cuidados inadequados vividos na infância. Estes dados alertam para a importância de considerar a história de desenvolvimento quando se procura compreender a saúde e o bem-estar.

## **Introdução**

A relação entre maus-tratos e psicopatologia tem sido bastante estudada; no entanto, a relação entre estas variáveis e a satisfação com a vida tem recebido menos atenção por parte dos investigadores.

### **Maus-tratos, psicopatologia e satisfação com a vida**

A história pessoal do indivíduo, nomeadamente as experiências vividas no seio familiar, tem uma influência determinante no seu desenvolvimento psicológico. A experiência de maus-tratos é um dos exemplos de adversidade que ocorre na infância e que tem implicações negativas nas diversas áreas de funcionamento do indivíduo, nomeadamente ao nível social, emocional, comportamental e cognitivo (e.g., Cicchetti & Toth, 1995; Post, Weiss & Leverich, 1994, citados por Glaser, 2000).

---

<sup>1</sup> Docente do Departamento de Psicologia, Universidade do Minho. Contacto [angelam@iep.uminho.pt](mailto:angelam@iep.uminho.pt)

<sup>2</sup> Alunas do Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Minho

A definição de maus-tratos tem sido alvo de acesa controvérsia, uma vez que diferentes perspectivas teóricas têm tentado definir este conceito, pelo que se tem tornado difícil encontrar uma definição consensual (Azevedo & Maia, 2006). Deste modo, Martínez Roig e De Paul (1993), utilizando critérios operacionais e atendendo às diversas condições e formas de maus-tratos, definem este fenómeno como *“as lesões físicas ou psicológicas não acidentais ocasionadas pelos responsáveis do desenvolvimento, que são consequência de acções físicas, emocionais ou sexuais, de acção ou omissão e que ameaçam o desenvolvimento físico, psicológico e emocional considerado como normal para a criança.”* (idem, p. 23).

Esta problemática está a assumir percentagens preocupantes na população (15% a 50% segundo Maia, 2006), pelo que se torna impreterível conhecer mais detalhadamente estes efeitos no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, ao longo da sua trajectória.

Algumas das consequências dos maus-tratos são o desenvolvimento de um padrão de vinculação desorganizado, défices no desenvolvimento intelectual, cognitivo, social, físico e sexual (Canha, 2002; Green, 1993 citados por Gustafson & Sarwer, 2004; Cicchetti & Lynch, 1995 citados por Gibb, 2002), dificuldades na regulação emocional (Cicchetti & Lynch, 1995; Cicchetti & Toth, 1995 citados por Gibb, 2002), problemas interpessoais em contexto escolar e familiar (Cicchetti & Lynch, 1995, Cicchetti & Toth, 1995 citados por Gibb, 2002), sintomas dissociativos (Green, 1993 citado por Cicchetti, 2002), baixa auto-estima (Cicchetti & Lynch, 1995, Cicchetti & Toth, 1995 citados por Gibb, 2002), suicídio (Green, 2003 citado por Cicchetti, 2002) e desenvolvimento de perturbações psicológicas, quer na infância, quer na idade adulta (e.g., Cicchetti & Toth, 1995 citados por Gibb, 2002; Green, 2003 citado por Gustafson & Sarwer, 2004; Post, Weiss & Leverich, 1994 citados por Glaser, 2000; Bergen, Martin, Richardson, Allison, & Roeger, 2004).

Dentro destas possíveis consequências dos maus-tratos, destacamos o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, uma vez que a investigação tem demonstrado que as histórias de abuso são muito mais frequentes nas pessoas com diagnóstico psiquiátrico do que em populações avaliadas na comunidade (cf. Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2002).

Vários autores referem que a ocorrência de maus-tratos durante a infância pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de depressão (e.g., Bifulco, Brown & Adler, 1991; Briere & Runtz, 1991; Brown & Moran, 1994; Brown, Harris, Hepworth & Robinson, 1994; Kaplan, Pelcovitz, Salzinger, Weiner, Mandel, Lesser & Labruna, 1998 citados por Bernet & Stein, 1999) e perturbações da ansiedade, nomeadamente a Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997, citado por Stovall-McClough & Cloitre, 2006), perturbações somatoformes,

nomeadamente a Perturbação de Somatização (Green, 1993 citado por Gustafson & Sarwer, 2004) e Perturbação Dismórfica Corporal (Fallon & Ackard, 2002), entre outros.

Quanto à depressão, um estudo de Bernet e Stein (1999) demonstrou que 75% dos pacientes com perturbação depressiva major tinha sofrido pelo menos um tipo de abuso na infância. Além disso, sujeitos diagnosticados com perturbação depressiva major, quando comparados com indivíduos saudáveis, relatam ter vivenciado mais episódios de abuso emocional e físico bem como de negligência (*idem*).

Relativamente à relação entre maus-tratos e PTSD, a investigação sugere uma elevada prevalência desta perturbação nas pessoas que foram vítimas de maus-tratos. De facto, de acordo com alguns estudos, cerca de 48% a 85% das pessoas vítimas de abuso durante a infância apresentam PTSD ao longo das suas vidas (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997, citados por Stovall-McClough & Cloitre, 2006). Ainda segundo dados obtidos por Cloitre, Scarvalone, e Difede (1997, citados por Stovall-McClough & Cloitre, 2006), através de amostras clínicas de adultos, a PTSD tem sido a perturbação mais frequentemente associada à história de abuso durante a infância, com uma taxa de prevalência de 85% ao longo da vida (Roth et al., 1997, citados por Stovall-McClough & Cloitre, 2006).

Por último, é de realçar que não foram encontrados estudos que analisassem a relação entre maus-tratos e satisfação com a vida em particular. No entanto, os estudos referidos anteriormente acerca das consequências dos maus-tratos veiculam, ainda que implicitamente, uma baixa satisfação com a vida nas pessoas que viveram esta experiência adversa.

### **Satisfação com a vida**

A relação entre satisfação com a vida e a vivência de maus-tratos e psicopatologia não tem sido muito estudada. Além disso, a maioria dos estudos não utiliza o termo “satisfação com a vida”, mas sim outros conceitos que podem ser, ainda que parcialmente, sinónimos deste, como “qualidade de vida”, “bem-estar” ou mesmo o termo mais lato “felicidade” (Veenhoven, 2000; Veenhoven, 2005). Há alguma controvérsia na operacionalização destes conceitos devido essencialmente ao facto de os investigadores não conseguirem encontrar uma definição consensual para cada um deles (Veenhoven, 2000). Por outro lado, o facto de os seus significados se sobreporem torna mais difícil uma operacionalização clara de cada um.

Relativamente ao conceito de satisfação com a vida, a clarificação do seu significado parece estar particularmente dificultada pela falta de consenso dos autores. Por exemplo, Shin e Johnson (1978) definem satisfação com a vida como uma avaliação global da qualidade de vida de

um indivíduo de acordo com um determinado critério escolhido por este. No entanto, há autores que consideram que a satisfação com a vida é uma das dimensões da qualidade de vida (Veenhoven, 2000), enquanto outros defendem que a satisfação com a vida é uma resposta à qualidade de vida (Palys & Little, 1983).

Uma vez que são poucos os estudos que utilizam o termo “satisfação com a vida”, serão apresentadas as investigações que têm analisado as variáveis referidas anteriormente.

Tem sido estudada a relação entre a felicidade e o salário. No entanto, os estudos que analisaram esta relação não são consensuais: há autores que defendem que o aumento do salário permite que a pessoa satisfaça necessidades adicionais (Veenhoven, 1991), aumentando deste modo a felicidade média a longo-prazo (Hagerty & Veenhoven, 2003); enquanto outros defendem que esta relação não é tão linear. Por exemplo, Michalos (1985) refere que o salário não influencia directamente a felicidade dos indivíduos, uma vez que há outras variáveis que podem relativizar a sua importância, como o facto de o indivíduo comparar o seu salário com o de outras pessoas (grupos de referência) e com os seus salários prévios.

Hagerty & Veenhoven (2003), com base nestas perspectivas teóricas distintas, realizaram um estudo com o objectivo de colmatar as limitações metodológicas dos estudos anteriores nesta área, para tentar retirar conclusões estatisticamente mais válidas. Este estudo verificou então que o aumento do salário nacional aumentava o nível de felicidade dos cidadãos, o que confirma a existência de uma relação positiva entre estas variáveis. Deste modo, poder-se-á depreender que o rendimento e, por conseguinte, a estabilidade financeira continuam a ser factores essenciais no bem-estar dos cidadãos.

Outra das áreas que tem sido estudada é a relação entre satisfação com a vida e os projectos pessoais dos indivíduos. Um estudo realizado por Palys & Little (1983) verificou que uma satisfação de vida elevada está associada com o envolvimento em projectos importantes a curto-prazo, muito gratificantes para o indivíduo e com um nível de dificuldade moderado. Por outro lado, pessoas com projectos mais valorizados apenas a longo-prazo e que eram mais difíceis e menos gratificantes no momento actual, apresentavam uma menor satisfação com a vida (*idem*).

Também tem sido estudada a relação entre o individualismo característico das sociedades modernas e a satisfação de vida dos seus cidadãos. As opiniões relativas às consequências do individualismo são variadas: enquanto alguns autores consideram que este é sinónimo de liberalização das restrições que se colocavam ao indivíduo no passado e, portanto, promotor da actualização do indivíduo, outros consideram que o individualismo conduz à decadência das sociedades e ao isolamento dos indivíduos (Veenhoven, 1999). Este autor procurou clarificar esta questão, sendo que os seus resultados indicaram que quanto mais individualista for o país, maior a

satisfação com a vida dos seus cidadãos. Estes dados são congruentes com a primeira posição de que o individualismo pode, efectivamente, ter benefícios ao nível do bem-estar pessoal dos cidadãos (*idem*).

### **Satisfação com a vida e psicopatologia**

Há poucos estudos que relacionam a satisfação com a vida e a psicopatologia em geral, sendo que a maioria dos estudos se centra no estudo da relação entre esta variável e perturbações específicas, especialmente depressão e ansiedade.

Em relação à depressão, os estudos parecem indicar uma relação negativa entre esta perturbação e satisfação com a vida, isto é, pessoas com depressão parecem ter uma menor satisfação com a vida (e.g., Lam, Pacala & Smith, 1997; Simpson, Schumaker, Dorahy & Shrestha, 1996; Mowrer & Parker, 2004).

Quanto à relação entre ansiedade e satisfação com a vida, os resultados da investigação também indicam uma relação negativa entre estas variáveis. Por exemplo, um estudo realizado por Stein & Heimberg (2003) verificou que uma amostra de participantes canadianos com perturbação de ansiedade generalizada eram mais susceptíveis, em comparação com pessoas que não tinham esta perturbação, a relatar insatisfação com a sua “ocupação principal”, vida familiar e o seu bem-estar geral. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes (e.g., Kessler, DuPont, Berglund & Wittchen, 1999; Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery & Kessler, 2000).

## **Metodologia**

### **Participantes**

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 211 sujeitos, 113 estudantes universitários e 95 sujeitos em formação profissional. As suas idades variam entre os 18 e os 35 anos, sendo a média de 21.14 ( $dp=2.21$ ; mediana=21). Quanto ao sexo dos participantes, 110 elementos pertencem a sexo masculino (52.1%) e 101 ao sexo feminino (47.9%).

### **Instrumentos**

Para avaliar o relato que as pessoas fazem acerca de maus-tratos e os cuidados recebidos durante a infância e adolescência (até aos 15 anos de idade), procedeu-se à administração do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1997, adaptação portuguesa de McIntyre & Costa, 2004). Neste estudo foram integradas sete situações que devem ser classificadas segundo uma escala de *likert*, e que avaliam a experiência de maltrato físico (duas questões), maltrato psicológico (uma questão), e abuso sexual (uma questão). As outras três

questões avaliam a qualidade dos cuidados recebidos a nível de alimentação, roupa e acompanhamento escolar.

O nível de satisfação com a vida, por sua vez, foi avaliado a partir de uma escala de *lickert*, na qual era pedido aos sujeitos que assinalassem o quanto se sentem satisfeitos com a sua vida numa escala que varia de 0 a 10, sendo o 0 “nada satisfeito” e o 10 “muitíssimo satisfeito”.

Por último, foi também utilizado o *Brief Symptoms Inventory* (BSI; Derogatis, 1993, adaptado por Canavarro, 1995), um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens. O indivíduo tem que classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala tipo likert (“1-Nunca”; “2-Poucas Vezes”; “3-Algumas vezes”; “4- Muitas vezes”; “5-Muitíssimas vezes”<sup>2</sup>). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos ao nível de nove dimensões básicas (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (índice de sintomas positivos – ISP, índice geral de sintomas – IGS e total de sintomas positivos – TSP).

### **Procedimento**

No que se refere aos estudantes universitários, após as necessárias autorizações e obtido consentimento informado, realizou-se a recolha de dados em pequenos grupos.

Para a recolha de dados dos jovens não universitários, foi estabelecido contacto com algumas instituições de ensino profissional. Após as necessárias autorizações, e obtido consentimento informado, realizou-se a recolha de dados em pequenos grupos.

### **Análise de dados**

Os dados recolhidos com o conjunto de instrumentos acima mencionados foram analisados tendo por base o programa de tratamento estatístico de dados SPSS, com o qual se efectuaram análises descritivas e inferenciais.

## **RESULTADOS**

### **História de maus-tratos na infância e adolescência**

Sendo o principal objectivo deste estudo analisar a relação entre maus-tratos, satisfação com a vida e psicopatologia, interessa antes de mais determinar a prevalência de relatos de maus-tratos nesta amostra de estudantes.

---

<sup>2</sup> É importante realçar que, apesar de a escala ter sido apresentada desta forma aos participantes, foi posteriormente recodificada para efeitos de tratamento de dados, considerando-se que variava entre 0 e 4.

Conforme referido anteriormente, para este efeito foi administrado o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ). Os resultados são apresentados nos quadros 1 e 2.

**Quadro 1.** Resultados relativos a relatos de abuso: ser batido violentamente de modo a ficar com sequelas, ser castigado com violência, ser humilhado e ser abusado sexualmente

	Ser batido violentamente n (%)	Ser castigado com violência n (%)	Ser humilhado n (%)	Ser abusado sexualmente n (%)
Nunca	190 (90%)	173 (82%)	153 (72.5%)	195 (99%)
Raramente	12 (5.7%)	27 (12.8%)	38 (18%)	0 (0%)
Às vezes	7 (3.3%)	7 (3.3%)	15 (7.1%)	1 (0.5%)
Frequentemente	0 (0%)	2 (0.9%)	2 (0.9%)	1 (0.5%)
Muitas vezes	2 (0.9%)	2 (0.9%)	3 (1.4%)	0 (0%)
Total	211 (100%)	211 (100%)	211 (100%)	197 (100%)

De um modo geral, os resultados mostram que a grande maioria dos participantes relata nunca ter sofrido abuso físico (90% e 82%), psicológico (72.5%) ou sexual (99%).

Comparando os diferentes tipos de abuso, é possível perceber que, de acordo com o relato dos sujeitos, o abuso sexual é o tipo de abuso menos frequente (1%). No total, a história de abuso sexual é relatada por 2 sujeitos da amostra. Por sua vez, o abuso psicológico é o mais frequente (27.4% dos participantes relata ter sido humilhado pelo menos 1 vez).

**Quadro 2.** Resultados relativos a relatos de cuidado/negligência: alimentação suficiente, roupa necessária e acompanhamento escolar

	Alimentação suficiente n (%)	Roupa necessária N (%)	Acompanhamento escolar n (%)
Nunca	7 (3.4%)	3 (1.4%)	21 (10%)
Raramente	2 (1%)	1 (0.5%)	17 (8.1%)
Às vezes	1 (0.5%)	8 (3,8%)	53 (25.1%)
Frequentemente	23 (11.1%)	31 (14.8%)	45 (21.3%)
Muitas vezes	175 (84.1%)	167 (79.5%)	75 (35,5%)
Total	208 (100%)	210 (100%)	211 (100%)

Quanto à história de cuidado/negligência, os resultados são coerentes com os do Quadro 1. Com efeito, uma elevada percentagem dos participantes relata receber um cuidado adequado ao nível da alimentação e roupa (84.1%, 79.5%, respectivamente). É, no entanto, ao nível do acompanhamento escolar que os resultados se destacam mais, sendo que 56.8% afirma ter recebido acompanhamento escolar em casa muitas vezes ou frequentemente e 18% afirma nunca ou raramente ter recebido este tipo de acompanhamento.

### **Nível de satisfação com a vida**

Conforme referido anteriormente, a satisfação com a vida foi avaliada com uma escala de lickert de 0 a 10, em que 0 significa “nada satisfeito” e 10 “muitíssimo satisfeito”. Na resposta a este item, a média dos participantes foi de 7.09 (dp = 1.76; mediana = 7.00), sendo o mínimo 0 e o máximo 10. Além disso, convém acrescentar que a grande maioria da amostra (73.2%) respondeu entre 7 e 10 a esta questão.

### **Sintomas psicopatológicos**

No que respeita aos sintomas psicopatológicos, foi calculado um *Índice Geral de Sintomas* (IGS), o qual pode variar entre 0 e 4. Nesta amostra, a média do IGS foi de 1.25 (dp=.79; mediana=1.23), sendo o mínimo 0 e o máximo 3.78.

Além disso, foi ainda determinado um *Índice de Sintomas Positivos* (ISP), o qual permite distinguir sujeitos com e sem sintomas psicopatológicos. A análise destes resultados revela que a maioria da amostra (67.4%) não apresenta sintomas de psicopatologia nas dimensões avaliadas pelo BSI. Ainda assim, uma percentagem significativa dos participantes apresenta sintomas (32.6%).

### **Depressão, ansiedade e satisfação com a vida**

Conforme foi referido anteriormente (cf. Introdução, p. 5), poucos são os estudos que têm relacionado a satisfação com a vida e a psicopatologia em geral, sendo que muitos se centram mais na relação entre esta dimensão e perturbações específicas, especificamente a depressão e a ansiedade. Sendo assim, efectuaram-se as relações entre estas perturbações e a satisfação com a vida, estando os resultados das correlações apresentados no Quadro 3.



**Quadro 3.** Relação entre depressão e ansiedade e a satisfação com a vida: correlação de Spearman

		Satisfação com a vida
		$r_{sp}$
Depressão		
$r_{sp}$		-.403***
Ansiedade		
$r_{sp}$		-.271***

\*\*\*  $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 3 apontam para uma relação negativa e estatisticamente significativa entre os sintomas de depressão e a satisfação com a vida ( $r_{sp} = -.403$ ;  $p < .001$ ) e entre os sintomas de ansiedade e a satisfação com a vida ( $r_{sp} = -.271$ ;  $p < .001$ ). Assim, os participantes que apresentam mais sintomas de depressão e de ansiedade são aqueles que apresentam uma menor satisfação com a vida.

Contudo, é de salientar que, pelo facto de os valores destas correlações serem relativamente baixos, é necessário interpretá-los cuidadosamente. Estudos posteriores serão necessários para clarificar esta questão.

### **Maus-tratos, psicopatologia e satisfação com a vida**

Conforme enunciado anteriormente, o objectivo último deste estudo era compreender a relação entre relato de maus-tratos, sintomas psicopatológicos e satisfação com a vida. Os resultados da correlação são apresentados no Quadro 4.

**Quadro 4.** Relação entre relato de maus-tratos, psicopatologia e satisfação com a vida: correlação de Spearman

		BSI	Maus-tratos
		$r_{sp}$	$r_{sp}$
Maus-tratos			
$r_{sp}$		.253***	_____
Satisfação com a vida			
$r_{sp}$		-.397***	-.214**

\*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 4 apontam para uma correlação estatisticamente significativa entre maus-tratos e sintomas psicopatológicos e entre maus-tratos e satisfação com a

vida, sendo a primeira uma correlação positiva e a segunda o oposto. Assim, os participantes com história de maus-tratos apresentam mais sintomas psicopatológicos e menor satisfação com a vida.

Por outro lado, verifica-se uma relação negativa e estatisticamente significativa entre psicopatologia e satisfação com a vida, ou seja, indivíduos com mais sintomas psicopatológicos relatam menor satisfação com a vida.

## **DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Embora o objectivo principal deste estudo fosse analisar a relação entre maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida, pretendia-se também caracterizar, em termos gerais, esta amostra de estudantes quanto a estas três variáveis.

Assim, os resultados do estudo mostram que apenas uma percentagem relativamente baixa de participantes relata história de maus-tratos sendo o abuso sexual o tipo de maltrato menos frequente (1%) e o abuso psicológico o mais frequente (27.4%). A prevalência de abuso físico, por sua vez, situa-se entre os 9.9% e os 17.9%. Quanto às experiências de cuidado/negligência, embora 18% dos participantes afirme nunca ou raramente ter recebido acompanhamento escolar, a maioria dos sujeitos relata sempre ter tido alimentação e roupa suficiente (84.1% e 79.5%, respectivamente).

Estes dados são discordantes com os de um estudo realizado com uma amostra de estudantes universitários (Milner, Robertson & Rogers, 1990). Com efeito, neste estudo os dados de prevalência são bastante mais elevados: 10.7% dos participantes relata ter sido vítima de abuso sexual, 91.2% de algum tipo de abuso físico e 21.1% de abuso físico com sequelas. Contudo, porque os instrumentos de avaliação foram diferentes, é possível que estas percentagens não representem as mesmas realidades que as reveladas pelos resultados do presente estudo.

Outros estudos têm revelado percentagens inferiores a estas últimas: Smith, Ireland e Thornberry (2005) encontraram prevalências de 1.6% para o abuso sexual, 4.1% para o abuso físico e 3.6% para o abuso psicológico; Sariola e Uutela (1992) verificaram que 12,3% dos adolescentes entrevistados tinham sofrido abuso físico.

Quanto ao nível de psicopatologia e satisfação com a vida, os resultados mostram que uma percentagem preocupante dos participantes apresenta sintomas psicopatológicos (32.6%), embora a grande maioria relate um elevado nível de satisfação com a vida (73.2%).

O principal objectivo deste estudo era compreender a relação entre maus-tratos infantis, psicopatologia e satisfação com a vida.

Com efeito, muitos autores têm-se dedicado a estudar as consequências a longo prazo dos maus-tratos (e.g. Felliti et al., 1998) e, muito em especial, ao nível da saúde mental (e.g., Burge, 2007; Sydsjö, Wadsby, Svedin, 2007); contudo, a sua relação com a satisfação com a vida não tem sido muito explorada.

Os resultados do presente estudo vêm ao encontro daquilo que era esperado nomeadamente: que indivíduos com história de maus-tratos apresentam mais sintomas psicopatológicos e menor satisfação com a vida; e que indivíduos com mais sintomas psicopatológicos relatam também estar menos satisfeitos com a vida.

Relativamente à relação entre história de maus-tratos e psicopatologia, e conforme já foi explicitado anteriormente, esta é já uma associação relativamente bem estabelecida na literatura (e.g., Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2002; Romans, Gendall, Martin & Mullen, 2001). Já no que concerne à relação entre estas duas variáveis e a satisfação com a vida, embora a literatura seja escassa, é possível esboçar o porquê desta relação: um indivíduo maltratado desenvolve mais facilmente modelos de representação interna disfuncionais, isto é, esquemas de relacionamento com os outros e com o mundo baseados no pressuposto de que o mundo é “ameaçador”. Estes esquemas disfuncionais poderão conduzir a interações sociais negativas que, por sua vez, poderão culminar em problemas psicológicos.

A relação negativa entre psicopatologia – nomeadamente depressão e ansiedade – e satisfação com a vida são coerentes com a literatura (cf. Introdução, p. 5). Esta relação pode ser explicada pelo facto de os indivíduos que apresentam psicopatologia apresentarem também défices no funcionamento ao nível de uma ou várias áreas de vida (e.g, relacionamento com os outros), daí que seja de esperar que apresentem menor satisfação com a vida.

## BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi.
- Bergen, H., Martin, G., Richardson, A., Allison, S. & Roeger, L., (2004). Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (1–2), 34-41.
- Bernet, Z. & Stein, M. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9, 169-174.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Burge, P. (2007). Prevalence of mental disorders and associated services variables among Ontario children who are permanent wards. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 305-314.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. 2 (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canha, J. (2002). A criança vítima de violência. In R. Abrunhosa & C. Machado (Coords.), *Violência e Vítimas Crimes*, Vol. 2 – Crianças. (pp.13-36) Coimbra: Quarteto Editora
- Cicchetti, D. (2002). The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17, 1407 -1428.
- Fallon, P. & Ackard, D. (2002). Sexual abuse and body image. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, & clinical practice* (pp. 117–124). New York: The Guilford Press.
- Felliti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R. & Maia, A. (2001). Maus-tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta. In R.A. Gonçalves e C. Machado (Coords.), *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol.1 – Adultos. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gibb, B.E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 22, 223-246.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain – a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97 – 116.
- Gustafson, T. B. & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity reviews*, 5, 129-135.
- Hagerty, M. R. & Veenhoven, R. (2003). Wealth and happiness revisited – growing national income *does* go with greater happiness. *Social Indicators Research*, 64, 1–27.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P. A. & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- Lam, R. E., Pacala, J. T. & Smith, S. L. (1997). Factors related to depressive symptoms in an elderly Chinese American sample. *Clinical Gerontologist*, 17, 57-70.
- Maia, A. (2006). Apontamentos das aulas de Impacto Psicológico da Adversidade (2005/2006). Braga: Universidade do Minho.

- Michalos, A.C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research*, 6, 347-413.
- Milner, J. S., Robertson, K. R., & Rogers, D. L. (1990). Childhood history of abuse and adult child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 5, 15-34.
- Mowrer, R. R. & Parker, K. N. (2004). Revised multicultural perspective index and measures of depression, life satisfaction, shyness, and self-esteem. *Psychological Reports*, 95 (3 Pt 2), 1227-8.
- Palys, T. S. & Little, B. R. (1983). Perceived Life Satisfaction and the Organization of Personal Project Systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (6), 1221-1230.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L. & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 380-392.
- Sariola, H. & Uutela, A. (1992). The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 16, 823-832.
- Shin, D. & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Simpson, P. L., Schumaker, J. F., Dorahy, M. J. & Shrestha, S. N. (1996). Depression and life satisfaction in Nepal and Australia. *Journal of Social Psychology*, 136, 783-790.
- Smith, C., Ireland, T. & Thornberry, T. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behaviour. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1099-1119;
- Stein, M. B. & Heimberg, R. G. (2003). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 79, 161-166.
- Stovall-McClough, K. & Cloitre, M. (2006). Unresolved Attachment, PTSD, and Dissociation in Women with Childhood Abuse Histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 219-228.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Svedin, C.G. (2007). Life development for 20 pairs of children with and without psychosocial problems- a 16-year-long study with follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 19-26.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life in individualistic society - A comparison of 43 nations in the early 1990's. *Social Indicators Research*, 48, 157-186.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist, 10*, 330-343.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A. & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319-328.