

HUNAYARA LORENA SOUSA TAVARES

CRENÇAS DISFUNCIONAIS: SEMELHANÇAS ENTRE PAIS E
FILHOS

Belo Horizonte, 2011
Instituto de Ciências Biológicas
Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

HUNAYARA LORENA SOUSA TAVARES

CRENÇAS DIFUNCIONAIS: SEMELHANÇAS ENTRE PAIS E
FILHOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr Cristiano Mauro Assis Gomes

Co-orientador: Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro

Belo Horizonte
2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por serem fonte de incentivo e exemplo. Incentivaram ao investir recursos financeiros em educação de qualidade e acreditaram que eu era capaz de trilhar uma linda jornada. Os exemplos de força, persistência e dedicação nunca faltaram. Além disso, me ensinaram a ser uma pessoa honesta e aproveitar tudo que a vida me oferece.

Ao meu marido e filho, agradeço por tornarem meus dias mais leves, amorosos e bonitos. A vida começou a ter sentido quando formei essa linda família. Amo vocês!

À minha querida irmã Sanaya por me ajudar olhando o Saulo enquanto estudava, pelas ótimas conversas e companheirismo. Tento fazer tudo muito correto, pois a minha responsabilidade como irmã mais velha é ser referência.

À minha carinhosa vovó Maria que sempre acha meus escritos maravilhosos e de qualidade. Agradeço pela presença, amizade, carinhos e elogios.

Aos meus orientadores, Professores Cristiano Gomes e Maycoln Teodoro, por entenderem a correria do momento, estarem disponíveis e aceitarem o convite.

A todos os funcionários da secretaria do PPG Neurociências pela presteza, gentileza e paciência.

"Não importa o que a vida fez de você,
mas o que você faz com o que a vida fez de você".

Jean Paul Sartre

SUMÁRIO

1 Identificação da Proposta	07
2 Objetivos	07
2.1 Objetivo Geral	07
2.2 Objetivos Específicos	07
3 Justificativa.....	07
4 Referencial Teórico.....	09
5 Métodos	11
<i>Participantes</i>	11
<i>Instrumentos de Coleta de Dados</i>	11
<i>Procedimentos Éticos de Pesquisa</i>	14
<i>Análise dos Dados</i>	15
Referências Bibliográficas	16

1 Identificação da proposta

Título: Crenças Disfuncionais: Semelhanças entre Pais e Filhos

Tema: Vulnerabilidade Cognitiva em Adolescentes e seus Pais

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Investigar semelhanças entre os padrões de crenças e vulnerabilidade cognitiva dos adolescentes e seus pais.

2.2 Objetivos Específicos

- Correlacionar a intensidade de crenças disfuncionais em adolescentes e seus pais.
- Comparar a intensidade de crenças disfuncionais entre adolescentes do sexo masculino e feminino.
- Investigar diferenças de sexo na frequência de adolescentes vulneráveis cognitivamente.

3 Justificativa

A família é reconhecida por vários teóricos como sendo de fundamental importância para a socialização primária e para a formação da identidade da criança (Teodoro, 2009). As relações que as crianças estabelecem com o ambiente e com as pessoas íntimas são fundamentais para seu desenvolvimento, fornecendo os primeiros relacionamentos da vida do indivíduo; suas primeiras trocas de sensações, emoções e linguagem.

Schneewind (1999) acredita que o sistema familiar possui algumas características e que estas só são possíveis devido às fronteiras do sistema familiar que por sua vez, implicam regras explícitas e implícitas. As principais características abordadas pelo autor são delimitação do espaço físico, duração temporal e intimidade física.

Pretendendo estender a definição de família e torná-la mais ampla, muitos teóricos sistêmicos como Bonomi et al (2005), abandonaram a definição de família nuclear. Para estes teóricos, a família é formada por pessoas com ligações sanguíneas ou que se uniram por casamento, união estável ou adoção, há cooperação econômica e cuidado com as crianças.

Adicionalmente, Virginia Satir (1967) elucida que os pais são os principais arquitetos da família, pois suas experiências enquanto casal são transmitidas aos seus descendentes influenciando os conceitos da prole sobre o mundo e o modo como interpretam os eventos diários. Neste sentido, os pais supostamente cognitivamente vulneráveis podem transmitir para seus filhos essa vulnerabilidade e estarem contribuindo para o aumento do risco de depressão nos seus descendentes.

Vários estudos vêm relacionando a depressão ao sistema familiar (Hughes & Gullone, 2008). Pedersen (1994), por exemplo, encontrou em uma amostra de crianças uma associação positiva entre a depressão e a percepção de baixo cuidado, principalmente pelo lado paterno. Resultados semelhantes foram descritos por Baptista e Oliveira (2004) em uma pesquisa desenvolvida no Brasil. Os autores relataram que o suporte familiar inadequado, investigado na visão de adolescentes, estava negativamente associado com a depressão. Do mesmo modo, Galambos, Leadbeater, e Barker (2004) e Windle (1992) também encontraram que o fornecimento de suporte social pelos pais e pares aparenta ser um fator de proteção para a depressão.

Com relação ao sistema familiar, os resultados têm mostrado que os níveis de suporte, apego e aprovação do comportamento dos adolescentes na família estão inversamente relacionados com a depressão (Avison & McAlpine, 1992; Garrison, Jackson, Marsteller, McKeown, & Addy, 1990; Sheeber et al., 1997). Da mesma forma, o conflito demonstrado dentro da família tem sido associado com a depressão (Stark, Humphrey, Crook, & Lewis, 1990).

Com isto, hipotetiza-se que apesar das pesquisas apontarem uma associação entre depressão e sistema familiar, ainda não está claro como e por meio de que tipo de aprendizagem acontece essa relação. Uma forma possível é por meio da transmissão de crenças que seriam aprendidas pelos filhos por meio do contato com os pais (Blount & Epkins, 2009). Dentro desta concepção, certas condições presentes nos pais, conhecidas como vulnerabilidade cognitiva, seriam transmitidas para os filhos, tornando-os também cognitivamente vulneráveis para este transtorno. Neste sentido, os resultados da presente pesquisa podem gerar reflexões sobre os processos de transmissão de crenças disfuncionais e conseqüente episódios de depressão.

4 Referencial Teórico

A Terapia Cognitiva surgiu no início da década de 60, nos Estados Unidos a partir de procedimentos terapêuticos sobre depressão desenvolvidos por Aaron T. Beck (Knapp & Beck, 2008). O modelo cognitivo tem como princípio fundamental que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam (Beck, 1967).

A Terapia Cognitiva tem como objetivo terapêutico reestruturar e corrigir essas interpretações distorcidas da realidade e desenvolver soluções que promovam mudança cognitiva, visando mudança comportamental e emocional duradoura (Knapp & Beck, 2008). De acordo com Beck (1995), as interpretações dos eventos diárias são dependentes de três estruturas mentais interligadas, chamadas de crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos.

As crenças centrais são verdades inquestionáveis que o indivíduo desenvolve na infância sobre si mesmo e os demais, são utilizadas nas situações cotidianas. As interpretações oriundas das crenças centrais são estáveis e difíceis de serem modificadas. Na tentativa de

manter as crenças centrais, surgem as crenças intermediárias compostas por atitudes, regras e suposições do sujeito. A influência das crenças intermediárias atua na percepção de uma situação pelo indivíduo, incluindo o modo como ele pensa, sente e se comporta. Ativados pelas crenças intermediárias em situações específicas, os pensamentos automáticos surgem e desaparecem rapidamente, mas não deixam de influenciar o comportamento e as emoções do indivíduo (Beck, 1995).

Destarte, interpretações errôneas feitas pelo indivíduo em situações de *stress* podem gerar crenças disfuncionais e conseqüente diminuição de humor. Neste sentido, Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) propõem um modelo cognitivo para a depressão, no qual três fatores seriam cruciais para a compreensão do substrato psicológico desta psicopatologia, são eles: tríade cognitiva, esquemas cognitivos e distorções ou erros cognitivos. O indivíduo depressivo é caracterizado por Beck (1967) como vulnerável, pois o conteúdo das cognições dos depressivos refletiria atribuições e avaliações pessimistas a respeito dos três vértices da tríade cognitiva: o depressivo avalia-se como desprovido de qualidades e habilidades, percebe o mundo externo como hostil, injusto e rejeitador, e imagina que, no futuro, sua insatisfação com seu presente permanecerá ou poderá aumentar. Não obstante, o termo vulnerabilidade cognitiva refere-se a distorções sistemáticas de alguns sujeitos ao processar informações que os predis põem a transtornos emocionais e exprime também, a relação entre o evento estressor e as condições cognitivas do indivíduo de enfrentar o problema, sendo que as experiências na infância podem ser preditoras de crenças disfuncionais.

Atualmente, grande parte das investigações acerca da vulnerabilidade cognitiva dentro da abordagem de Beck vem sendo feita por meio do instrumento *Dysfunctional Attitudes Scales* (DAS, Weissmann & Beck, 1978). O DAS investiga as atitudes disfuncionais relacionadas às crenças disfuncionais em adultos. A versão deste instrumento para as crianças e adolescentes surgiu somente em 2000, com o *Children's Dysfunctional Attitudes Scales*

(DAS-C, D'Allessandro & Abela, 2000), o que explica em grande parte, a carência deste tipo de estudo nesta população (Jacobs, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008).

D'Allessandro e Abela (2000) investigaram a intensidade da depressão, a vulnerabilidade cognitiva e a recepção dos pais às notas de crianças e adolescentes antes e após receberem o boletim escolar (considerado um evento estressor). Os resultados mostraram que o subgrupo considerado vulnerável apresentou maior aumento de sintomas depressivos do que o grupo não-vulnerável.

Blount e Epkins (2009) exploraram alguns modos de transmissão dos componentes de vulnerabilidade cognitiva das mães para os filhos. Os resultados mostraram que a presença da tríade cognitiva negativa nas mães estava relacionada à presença desta estrutura nos filhos. Assim, tendo em vista o recente desenvolvimento dos instrumentos capazes de avaliar aspectos da vulnerabilidade cognitiva dentro da abordagem de Beck em crianças e adolescentes e a carência de estudos sobre semelhanças de crenças entre pais e filhos, percebe-se uma lacuna de pesquisas nesta área.

5 Método

Participantes

Participarão desta pesquisa 150 crianças e adolescentes e seus pais. A idade das crianças e adolescentes variará de 11 a 14 anos.

Instrumento de Coleta de Dados

1) Questionário

Os adolescentes preencherão um questionário com questões sociodemográficas (profissão, escolaridade, etc.) e estrutura familiar (número de filhos, situação conjugal, etc.). Farão parte deste questionário as questões relativas ao nível socioeconômico, retiradas do

Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2008).

2) Instrumentos para Avaliação de Crenças em Adolescentes e Adultos

2.1 *Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C)*

A *Dysfunctional Attitudes Scale for Children* (Escala de Atitudes Disfuncionais para Crianças, D'Alessandro & Burton, 2006) é uma medida desenvolvida com base na *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissman & Beck, 1978) e investiga as atitudes disfuncionais, como crenças, em crianças e adolescentes. O seu desenvolvimento foi baseado no modelo cognitivo de Beck (1967) e vem sendo utilizada como uma medida de vulnerabilidade cognitiva para a depressão. A escala é composta por 22 itens que devem ser respondidos em uma escala Likert de seis pontos (variando de discordo fortemente até concordo fortemente). A DAS-C possui estrutura unidimensional e vem sendo utilizada em crianças e adolescentes com idades de sete a 14 anos e apresenta bons índices de consistência interna ($\text{Alpha}=0,85$) e teste-reteste ($r=0,85$) (D'Alessandro & Burton, 2006).

2.2 *Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS)*

A Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) foi desenvolvida por Weissman e Beck (1978) e adaptada para o Brasil por Orsini, Tavares e Tróccoli (2006). O instrumento é composto por 40 itens de auto-relato que devem ser classificados em uma escala Likert de sete pontos (variando de concordo até discordo totalmente). A DAS foi baseada no modelo cognitivo de Beck e avalia as crenças e pressuposições que podem estar relacionadas à vulnerabilidade cognitiva para a depressão em adultos. Os resultados psicométricos encontrados no estudo brasileiro possuem índices alfas abaixo dos encontrados na literatura internacional. No entanto, os valores dos alfas para a escala total são satisfatórios ($\text{alpha}=0,80$ e $0,81$).

2.3 *Cognitive Triad Inventory for Children (CTIC)*

O *Cognitive Triad Inventory for Children* (Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças, Kaslow, Stark, Printz, Livingston, & Tsai, 1992) investiga a tríade cognitiva em crianças e adolescentes de nove a 14 anos. O instrumento possui 36 itens que investigam aspectos do *self*, do mundo e do futuro dos respondentes. CTIC possui escores adequados de consistência interna ($\text{Alpha}=0,92$) e possui boa capacidade de discriminação entre subamostras clínicas e controles.

2.4 *Cognitive Triad Inventory (CTI)*

O *Cognitive Triad Inventory* (Inventário da Tríade Cognitiva, Beckham, Leber, Wastkins, Boyer, & Cook, 1986) investiga a tríade cognitiva em adultos com relação à sua visão do *self*, do mundo e do futuro. O instrumento possui 36 itens, sendo 12 para cada subescala. Os resultados do CTI possuem bons índices de consistência interna para todas as escalas (Alpha entre 0,81 a 0,93) e para a escala total (Alpha=0,95).

2.5 *Children's Automatic Thoughts Scale (CATS)*

O *Children's Automatic Thoughts Scale* (Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças, Schniering & Rapee, 2002) investiga pensamentos automáticos em crianças e adolescentes por meio de 40 itens que devem ser respondidos em uma escala Likert de cinco pontos (variando de nunca até todo o tempo). Os itens do CATS refletem emoções negativas que podem ser exploradas em diversos tipos de transtornos internalizantes e externalizantes. Todas as sentenças possuem o formato de auto-relato e são divididas em quatro fatores: ameaça social, ameaça física, falha pessoal e hostilidade. Estudos anteriores têm investigado amostras com idade entre sete a 17 anos com alfas adequados (superiores a 0,85) e boa estabilidade teste-reteste ($r=0,91$). Além disso, o instrumento apresenta resultados

discriminantes entre sub-amostras clínicas e controle (Schniering & Lyneham, 2007, Schniering & Rapee, 2002).

Procedimentos Éticos de Pesquisa

A participação dos adolescentes no projeto ficará sujeita à autorização por escrito dos pais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Da mesma forma, os pais deverão assinar o TCLE consentindo a sua própria participação. O projeto só será iniciado após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O contato com as famílias dos adolescentes será feito por meio dos mesmos nas escolas. Após a aprovação da diretoria da escola, os alunos receberão a visita do pesquisador em sala de aula, oportunidade na qual serão informados sobre características gerais do projeto. Cada aluno interessado receberá uma carta que deverá ser entregue aos seus pais. A carta conterá informações gerais sobre a pesquisa, algumas perguntas sobre a estrutura da família e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser assinado por um dos pais ou pelo responsável. Além disso, conterá todos os instrumentos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deverão ser respondidos pelos pais e mães. A aplicação dos instrumentos com os adolescentes será em sala de aula e só será realizada após o recebimento deste termo pelo pesquisador. O entrevistador aplicará os instrumentos em sala de aula nos adolescentes em ordem variada. Toda a aplicação deverá durar, aproximadamente, 50 minutos. Os pesquisadores serão todos treinados para realizarem tanto o convite aos adolescentes a participarem da pesquisa, quanto a aplicarem os instrumentos nos mesmos. Os instrumentos que serão preenchidos pelos pais serão enviados por meio dos adolescentes.

Os adolescentes, assim como seus pais, que apresentarem índices elevados de problemas emocionais e de comportamento receberão uma nova visita do pesquisador para possível encaminhamento ao serviço de atendimento psicológico desta universidade. Após a

coleta e análise dos dados, serão realizadas algumas reuniões com as escolas para devolução dos dados, além de palestras sobre temas de interesse da instituição (limites, manejo em situações difíceis etc.). Serão classificados como vulneráveis cognitivamente todos aqueles participantes que estiverem acima do percentil 80 nas tarefas de crenças disfuncionais.

Análise dos Dados

A análise dos dados será feita por meio de estatísticas paramétricas. As associações entre variáveis serão analisadas por meio de Correlação de Pearson e as comparações entre grupos serão feitas por meio de Teste t para amostras independentes. Será considerado como significativo todo resultado que obtiver um $p < 0,05$.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Retirado de: http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acesso em 12/09/11
- Avison, W.R., & McAlpine, D.D. (1992). Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 77-96.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 14, 58-67.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva. Teoria e prática*. Porto Alegre: artmed.
- Blount, T. H., & Epkins, C. C. (2009). Exploring modeling-based hypotheses in preadolescent girls' and boys' cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy Research*, 33, 110-125.
- Bonomi, A.E., Boudreau, D.M., Fishman, P.A., Meenan, R.T., & Revicki, D.A. (2005). Is a family equal to the sum of its parts? Estimating family-level well-being for cost-effectiveness analysis. *Quality of Life Research*, 14, 1127-1133.
- D'Alessandro, D. U. & Burton, K. B. (2006). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale for Children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognition Therapy Research*, 30, 335-353.
- D'Alessandro, D. U., & Abela, J. R. Z. (2000) *The Children's Dysfunctional Attitudes Scale*. McGill University. Unpublished manuscript.
- Galambos, N., Leadbeater, B., & Barker, E. (2004). Gender differences and risk factors for depression in adolescence: A 4-yearlongitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 16-25.

- Garrison, C.Z., Jackson, K.L., Marsteller, F., Mckeown, R., & Addy, C. (1990). A longitudinal-study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 581-585.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2008). Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: a review of family systems literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 92-117.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28, 759-782.
- Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R., & Tsai, S. L. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 339-347.
- Knapp P., Beck A. (2008). Cognitive Therapy: Foundations, Conceptual Models, Applications and Research. *Rev. Bras Psiquiatr*, 30 (suppl 2): s54-64.
- Orsini, M. R. C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *Psico-USF*, 11, 25-33.
- Pedersen, W. (1994). Parental relations, mental health and delinquency in adolescents. *Adolescence*, 29, 975-990.
- Rocha, M.M., Araújo, L.G.S., & Silveiras, E.F.M. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia. Teoria e Prática*, 10, 14-24.
- Satir, V. (1967). *Terapia Familiar Passo a Passo*. Editora Francisco Alves. Conjoint Family Therapy.
- Schneewind, K.A. (1999). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The Children's Automatic Thoughts Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1091-1109.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family Support and Conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of child psychology*, 25, 333-344.
- Stark, K. D., Humphrey, L.L, Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Teodoro, M.L.M. (2009). Família, bem-estar e qualidade de vida de crianças e adolescentes. Em J. J.F. PENA & V.G. HAASE (Org.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. (pp. 111-122) Belo Horizonte: Coopmed.

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, November). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.

Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 522-530.