

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DE ESCALAS DE SINTOMAS E COGNIÇÕES PÓS-
TRAUMÁTICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

BEATRIZ DE OLIVEIRA MENEGUELO LOBO

ORIENTADOR: PROF. DR. CHRISTIAN HAAG KRISTENSEN

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração Cognição Humana

**Porto Alegre
Janeiro, 2014**

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS
PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE ESCALAS DE SINTOMAS E
COGNIÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

BEATRIZ DE OLIVEIRA MENEGUELO LOBO

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen (Presidente)

Profª Dra. Adriana Serafini (UFCSPA)

Profª Dra. Débora Dalbosco Dell'Aglio (UFRGS)

**Porto Alegre
Janeiro, 2014**

RESUMO

A exposição a eventos potencialmente traumáticos na infância e adolescência tem sido reportada em aproximadamente 50% das crianças e adolescentes. Sintomas de ansiedade, depressão, comportamento suicida, comportamento sexual inadequado, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, entre outros estão associados à exposição traumática nessa faixa etária. A literatura aponta que o processamento cognitivo disfuncional em relação à situação traumática está relacionado com o desenvolvimento, a manutenção e o agravamento da sintomatologia pós-traumática. Considerando a variabilidade das respostas relacionadas com a vivência de eventos potencialmente traumáticos na infância e adolescência e os fatores de risco implicados na manifestação de tais reações, a avaliação precoce das reações pós-traumáticas é fundamental para o estabelecimento de intervenções adequadas. Essa dissertação de mestrado é composta por três estudos empíricos apresentados na forma de artigos. O objetivo geral do trabalho foi realizar a adaptação transcultural e avaliar as propriedades psicométricas do *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) e do *Child Posttraumatic Cognitions Inventory* (CPTCI). O TSCC (Estudo 1) foi adequadamente adaptado e demonstrou apropriada consistência interna. O instrumento manteve a mesma estrutura fatorial sugerida pelo estudo normativo, com uma solução de seis componentes, obtida através da Análise de Componentes Principais (PCA). No entanto, a Análise Fatorial Confirmatória (CFA), evidenciou uma baixa correlação entre os itens e o construto latente, revelando pouca adequação do modelo. Foram explorados modelos alternativos com a retirada de itens que obtiveram baixas cargas fatoriais. Apesar do aumento dos índices de adequação do modelo, este estudo não sugere modificações na estrutura do TSCC, considerando que esses são resultados preliminares de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento. Foram obtidas boas evidências de validade convergente, evidenciadas através de correlações entre com o CDI e a CBCL. O Estudo 2 demonstrou adequada adaptação transcultural e validação de conteúdo do CPTCI. Os resultados do Estudo 3, por sua vez, demonstraram elevada consistência interna do CPTCI e uma estrutura fatorial com dois componentes (“Mudança permanente e perturbadora” e “Pessoa frágil em um mundo assustador”). Apesar da similaridade com a estrutura fatorial do estudo original, a CFA demonstrou que o modelo não se adequou aos dados do presente estudo, o que indica que o CPTCI parece comportar-se de maneira particular na realidade brasileira. Foram obtidas consistentes evidências de validade convergente, através de correlações com o TSCC e o CDI. Tomados em conjunto, os achados evidenciados pelos três estudos sugerem que o TSCC e o CPTCI são instrumentos fidedignos e com adequadas evidências de validade.

Palavras-Chaves: Sintomas pós-traumáticos, infância e adolescência, propriedades psicométricas, processamento cognitivo.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70701008 Fundamentos e Medidas da Psicologia

ABSTRACT

Exposure to potentially traumatic events in childhood and adolescence has been reported in approximately 50 % of children and adolescents. Symptoms as anxiety, depression, suicidal behavior, inappropriate sexual behavior and Posttraumatic Stress Disorder has been observed in traumatic exposed youth. Previous literature indicates that cognitive processing is related to the development, maintenance and aggravation of posttraumatic symptoms. Considering the variability of responses related to the traumatic events exposure in childhood and adolescence, early psychological is critical to the establishment of appropriate interventions. This dissertation consists of three empirical studies presented in the form of articles. The overall objective of this study was to conduct a cross-cultural adaptation and evaluate the psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) and the Child Posttraumatic Cognitions Inventory (CPTCI). The TSCC (Study 1) was properly adapted and demonstrated adequate internal consistency. The PCA yielded a six-factor solution, as proposed in the TSCC original structure. CFA was conducted to examine fit of the TSCC original six-factor solution. For all clinical scales (excepted Anger), were explored alternative models removing items that had a low correlation with other TSCC items and the latent construct. Despite rising rates of model fit, this study does not suggest changes in the structure of TSCC, considering that these are preliminary results of TSCC psychometric properties on a Brazilian sample. Good evidences of convergent validity were evidenced through correlations with the CDI and CBCL. Study 2 showed an adequate cross-cultural adaptation and content validation of CPTCI. The results of Study 3 showed high internal consistency and a two-component solution (“Permanent and disturbing change” and “Fragile person in a scary world”), Despite the similarity with the original structure of CPTCI, CFA showed that the original model did not fit well the data. Convergent validity evidences were obtained through correlations with TSCC and CDI. Findings highlighted by the three studies suggest that the TSCC and CPTCI are reliable and had adequate evidences of validity.

Key-words: Posttraumatic symptoms, childhood and adolescence, psychometric properties, cognitive processing.

Area as classified by CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Subarea as classified by CNPq: 70701008 Background and Measures of Psychology

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	7
ABSTRACT	8
RELAÇÃO DE TABELAS	10
APRESENTAÇÃO	12
SEÇÃO EMPÍRICA 1: CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSCC) IN A SAMPLE OF BRAZILIAN CHILDREN	28
SEÇÃO EMPÍRICA 2: TRANSLATION AND ADAPTATION OF THE CHILD POSTTRAUMATIC COGNITIONS INVENTORY (CPTCI) INTO BRAZILIAN PORTUGUESE	53
SEÇÃO EMPÍRICA 3: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE CHILD POSTTRAUMATIC COGNITIONS INVENTORY (CPTCI) IN A SAMPLE OF BRAZILIAN CHILDREN	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado integra um projeto guarda-chuva desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) intitulado “Protocolo de perícia para crianças com suspeita de abuso sexual” coordenado pelo orientador desta dissertação, aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta universidade (CEP- 247.127 - Anexo B). O referido projeto de pesquisa é resultante do convênio firmado entre o Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP - Faculdade de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul [PUCRS]) e o Instituto-Geral de Perícias do Rio Grande do Sul (IGP-RS). Este estudo está inserido no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE), coordenado pelo Prof. Dr. Rodrigo Grassi de Oliveira. O NEPTE é composto pelos Grupos de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Neurociência Afetiva e Transgeracionalidade, coordenado pela Prof^a Dra Adriane Xavier Arteche; Neurociência Cognitiva do Desenvolvimento, coordenado pelo Prof. Dr. Rodrigo Grassi de Oliveira; Cognição, Emoção e Comportamento coordenado pelo Prof. Dr. Christian Haag Kristensen; e o Grupo de Pesquisa Imunologia do Estresse, coordenado pelo Prof. Dr. Moisés Evandro Bauer, do Instituto de Pesquisas Biomédicas. Adicionalmente, essa pesquisa é fruto de uma parceria com o Prof. Dr. Gustavo Gauer, Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, que obteve autorização do autor do instrumento *Children Posttraumatic Cognitions Inventory* (Richard Meiser-Stedman, Phd), através da qual essa pesquisa pôde ser desenvolvida.

Conforme o Ato de Deliberação 05/2012 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, a presente dissertação de mestrado contempla três investigações empíricas que objetivam a adaptação transcultural e a avaliação das propriedades psicométricas de duas escalas que mensuram sintomas e cognições pós-traumáticas em crianças e adolescentes. O Estudo 1 abrange a adaptação transcultural e a avaliação das propriedades psicométricas do *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) no contexto brasileiro. Os estudos subsequentes 2 e 3 são referentes ao *Child Posttraumatic Cognitions Inventory* (CPTCI). Optou-se em realizar o processo de adaptação e validação deste instrumento em duas etapas, pois o trabalho foi realizado em parceria com o Prof. Dr. Gustavo Gauer (UFRGS), que iniciou em 2009 a adaptação do instrumento, que teve continuidade com a presente dissertação de mestrado. Dessa forma, o Estudo 2 é focado na

tradução e adaptação transcultural CPTCI e foi submetido à revista *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* (Anexo C) e o Estudo 3 contempla a avaliação das propriedades psicométricas do mesmo instrumento.

De acordo com a definição da mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychological Association [APA], 2013), eventos estressores potencialmente traumáticos são situações que envolvem morte, sério ferimento ou violência sexual. A exposição a esses eventos ocorre através de (1) experiência pessoal direta, (2) testemunho, (3) conhecimento de ocorrência de situações violentas ou acidentais com membros da família ou amigos próximos ou (4) experiência repetida ou exposição extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos (APA, 2013). Apesar de apresentarem alta variabilidade, dados epidemiológicos em população norte-americana sugerem que aproximadamente 50% das crianças e adolescentes passarão por um evento traumático durante essa etapa da vida (Alisac, 2011; Finkelhor, Turner, Ormrod, & Hamby, 2009; Finkelhor, Turner, Ormrod, & Hamby, 2005).

A vivência destas situações já nos primeiros anos de vida impacta o desenvolvimento infanto-juvenil em diferentes níveis, com repercussões do ponto de vista neuropsicológico, neurobiológico e social, podendo resultar em consequências que se prolongam na vida adulta (Dannowski et al., 2012; Yehuda, Halligan, & Grossman, 2001). O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um dos transtornos mais estudados após a exposição traumática em crianças e adolescentes (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012), sendo caracterizado por (1) exposição a um evento traumático, (2) presença de sintomas intrusivos (pesadelos, *flashbacks*, etc.), (3) evitação de estímulos associados ao trauma, (4) alterações negativas no humor e nas cognições associadas ao evento, e (5) aumento na reatividade fisiológica (como hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de sono, etc.) (APA, 2013). Os dados de prevalência do TEPT são consideravelmente controversos (Dalgleish, Meiser-Stedman, & Smith, 2005; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012), o que pode ser explicado pela restrita definição de evento estressor traumático presente no DSM-IV-TR (APA, 2002; Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2010). Estudos evidenciam que os critérios diagnósticos utilizados pelo DSM-IV-TR são excessivamente rigorosos para crianças (Cohen & Scheeringa, 2009; Scheeringa, Myers, Putnan, & Zeanah, 2012), portanto, foram realizadas modificações no DSM-5 com o objetivo de considerar especificidades desenvolvimentais na apresentação do quadro, como a inclusão de critérios diagnósticos específicos para crianças pré-escolares (APA, 2013). No entanto, pesquisas ainda

são necessárias para a verificação da adequação da nova estrutura diagnóstica do TEPT em crianças e adolescentes.

Apesar de o TEPT ser o transtorno mental mais relacionado à vivência de situações traumáticas, crianças e adolescentes vítimas de traumas podem desenvolver outros quadros psicopatológicos e uma ampla variabilidade de sintomas (Cohen & Mannarino, 2010; Cook-Cottone). Entre eles encontram-se sintomas de ansiedade e depressão, comportamento suicida, problemas externalizantes, comportamento sexual inadequado para a faixa de desenvolvimento, entre outros (Coates & Gaensbauer, 2009; Wherry, Baldwin, Junco, & Floyd, 2013; Thabet, Tawahina, Sarraj, Henely, Pelleick, & Vostanis, 2013). Pesquisas têm demonstrado que fatores como a natureza do evento traumático pode influenciar na sintomatologia desenvolvida (Copeland et al., 2010; Foy, Madvig, Pynoos, & Camilleri, 1996; Pine & Cohen, 2002). Enquanto vítimas de eventos traumáticos únicos tendem a apresentar sintomas de TEPT, a exposição a múltiplos traumas remete a uma sintomatologia mais diversa e complexa, com a presença de sintomas relacionados e não relacionados ao trauma (Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, & Lindauer, 2013).

Além disso, os prejuízos da vivência traumática na infância e adolescência podem se estender até a idade adulta, como problemas com álcool e drogas, comportamento sexual de risco, obesidade, comportamentos criminosos, risco de suicídio, além de vulnerabilidade aumentada para psicopatologias (Gilbert et al., 2009). Por exemplo, estudo realizado a partir dos dados do National Comorbidity Survey (NCS), cujo objetivo era verificar a relação entre abuso sexual na infância e transtornos psiquiátricos subsequentes na população geral norte-americana, encontrou que a prevalência de diagnósticos mentais ao longo da vida foi mais alta entre aqueles que sofreram abuso sexual na infância (Molnar, Buka, & Kessler, 2001). Nesse sentido, indivíduos que passaram por situações de violência nos primeiros anos de vida têm quase cinco vezes mais chances de desencadear TEPT na idade adulta frente a um evento traumático subsequente, se comparados com aqueles indivíduos sem histórico de traumas na infância (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999).

Contudo, nem todas as crianças e adolescentes desenvolvem reações desadaptativas frente à exposição traumática, o que pode ser explicado a partir de uma interação entre fatores genéticos e ambientais, que modulam processos neurobiológicos associados a questões de vulnerabilidade e resiliência (Gillespie, Phifer, Bradley, & Ressler, 2009; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005). Um recente estudo de metanálise identificou os fatores de risco para o TEPT em crianças que apresentaram grande tamanho de efeito, e devem ser levados em consideração no

processo de avaliação de reações-pós-traumáticas, tais como baixo apoio social, medo peritraumático, percepção de ameaça à vida, retraimento social, comorbidades psiquiátricas, funcionamento familiar pobre, distração e supressão de pensamento (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012). Quanto às alterações no processamento cognitivo (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2011), existem evidências que crianças com TEPT possuem uma avaliação negativa de futuro e desenvolvem mais crenças geradoras de preocupação e ansiedade (Dalglish et al. 2000; Meiser-Stedman et al, 2009).

Nesse sentido, estudos recentes têm testado em crianças e adolescentes o modelo cognitivo do TEPT postulado para o desenvolvimento do transtorno em adultos (Meiser-Stedman et al., 2009; Palosaari, Punamaki, Diab, & Qouta, 2013; Salmon, Sinclair, & Bryant, 2007; Leeson & Nixon, 2011). O modelo cognitivo do TEPT em adultos propõe que avaliações individuais sobre um evento traumático e seus impactos é um fator de mediação no ajustamento pós-traumático, apresentando um papel causal na manutenção e exacerbação de reações de estresse iniciais e psicopatologias relacionadas à vivência traumática (Ehlers & Clark, 2000; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). As avaliações negativas incluem interpretações particulares sobre o trauma relacionadas ao *self*, ao mundo, aos outros e à avaliação dos sintomas de TEPT (Ehlers & Clark, 2000; Foa et al., 1999). Essas avaliações errôneas implicam em emoções subsequentes, como ansiedade, raiva, vergonha e culpa, as quais, por sua vez, motivam as pessoas a se engajarem em estratégias de defesa desadaptativas. Num primeiro momento, essas estratégias ajudam a reduzir o estresse a curto prazo, mas, a longo prazo, acabam por perpetuar o ciclo de ameaça (Brewin & Holmes, 2003; Ehlers & Clark, 2000). Além disso, as experiências e crenças pessoais prévias influenciam os tipos de avaliações errôneas realizadas pelos indivíduos com TEPT (Brewin & Holmes, 2003). Em crianças e adolescentes esse modelo apresenta comprovação empírica, uma vez que estudos demonstram que o processamento cognitivo do evento traumático media o desenvolvimento e a manutenção de sintomas pós-traumáticos (Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Meiser-Stedman et al., 2009; Palosaari, Punamaki, Diab, & Qouta, 2013; Salmon, Sinclair, & Bryant, 2007; Leeson & Nixon, 2011). Em crianças escolares e em adolescentes, as cognições pós-traumáticas negativas são causalmente implicadas na manifestação e manutenção das respostas relacionadas ao trauma ao longo do tempo (Meiser-Stedman et al., 2009b).

Considerando a variabilidade das respostas desadaptativas relacionadas com a vivência de eventos potencialmente traumáticos na infância e adolescência e os fatores de risco implicados na manifestação de tais reações, a avaliação precoce das reações pós-traumáticas é fundamental para a detecção de fatores de risco e predição do desenvolvimento de psicopatologias (Dyregrov & Yule, 2006; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005; Pynoos et al., 2009), visto que, dependendo do grau de resiliência ou de vulnerabilidade que o indivíduo apresenta, diferentes intervenções podem ser indicadas (Friedman, 2009). Além de serem abrangentes às complexidades das manifestações pós-traumáticas na infância e adolescência e serem apropriados para a etapa desenvolvimental dos indivíduos, os instrumentos de avaliação devem ser culturalmente adaptados e devem apresentar consistentes evidências de validade (Kar, 2009; International Test Commission, 2010).

Após consulta à literatura, verificou-se que são poucos os instrumentos culturalmente adaptados e válidos no contexto brasileiro a avaliação de sintomas pós-traumáticos em crianças e adolescentes (Habigzang, Borges, Dell'Aglio, & Koller, 2010). Dentre eles, encontram-se o *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997; versão brasileira por Brasil, 2003), que consiste em uma entrevista semiestruturada para o diagnóstico de TEPT baseada nos critérios do DSM-IV, e o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL - Parent-report e Youth-report; Achenbach, 1991; versão brasileira por Bordin, Mari, & Caeiro, 1995), um instrumento de rastreio de sintomas, preenchido através de autorrelato por pais ou cuidadores. O primeiro tem objetivo diagnóstico; o segundo é um instrumento amplo de sintomas e comportamentos na infância e adolescentes, e não abordam a complexidade dos sintomas pós-traumáticos e associados (Borges, Zoltowski, Zucatti, & Dell'Aglio, 2010; Nakamura, Ebesutani, Bernstein, Chorpita, 2009).

Dentre os instrumentos disponíveis internacionalmente com o objetivo de mensurar sintomas pós-traumáticos e sintomas psicológicos associados em crianças e adolescentes o *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996), tem sido citado como um dos principais instrumentos utilizados para avaliação de sintomas pós-traumáticos e possui versões adaptadas a outros idiomas (Elhai, Gray, Kashdan, & Franklin, 2005; Li et al., 2008; Nilsson, Wadsby, & Svedin, 2008). O TSCC é um instrumento de autorrelato para a faixa etária entre 8 e 16 anos e possui 54 itens que são respondidos em uma escala *Likert* entre 0 (nunca) e 3 (o tempo todo). Possui duas escalas de validade, seis escalas clínicas (Ansiedade,

Depressão, Raiva, Estresse Pós-traumático, Dissociação e Preocupações Sexuais) e oito itens críticos, que avaliam sintomas que necessitam de atenção clínica imediata (Tabela 1). O TSCC foi avaliado quanto às suas propriedades psicométricas, apresentando consistência interna adequada (alfa de Cronbach entre 0,82 e 0,89) e correlações entre as escalas variando entre $r = .19$ e $r = .96$. Os dados normativos do instrumento são baseados em uma amostra de 3.008 crianças de três amostras nos Estados Unidos da América (Briere, 1996).

Tabela 1. Descrição Breve das Escalas Clínicas e de Validade do TSCC

Escalas	Descrição
Validade	
Hiporesponsividade	Consiste em um fenômeno que acontece quando a criança marca “0” em itens pouco prováveis de receber esta pontuação. Reflete uma tendência de negação, ou a necessidade de parecer livre de sintomas. A escala de Hiporesponsividade tem como objetivo detectar a ocorrência deste ato.
Hiperresponsividade	Quando a criança indiscriminadamente aumenta a pontuação da frequência de alguns ou de todos os sintomas avaliados pelo TSCC. A escala de Hiperresponsividade tem como objetivo detectar a ocorrência deste fenômeno.
Clínicas	
Ansiedade	Ansiedade generalizada, hipervigilância e preocupações, bem como medos específicos (de homens e/ou mulheres, do escuro ou de ser morto).
Depressão	Sentimentos de tristeza, solidão, episódios de choro, e cognições depressivas, tais como culpa e auto-depreciação. Também são avaliados impulsos suicidas e auto-agressão.
Raiva	Pensamentos, sentimentos, e comportamentos de raiva, incluindo sentimentos de ódio, sensação de estar ficando louco, vontade de gritar, brigar ou machucar outras pessoas.
Sintomas Pós-Traumáticos	Sintomas pós-traumáticos, incluindo pensamentos intrusivos, sensações e memórias de eventos traumáticos passados, pesadelos, evitação cognitiva de pensamentos negativos e memórias.

Dissociação	Sintomatologia dissociativa, incluindo desrealização, sensação da mente em branco, entorpecimento emocional, querer ser outra pessoa ou estar em outro lugar, sonhar acordado, dificuldades de memória e evitação dissociativa.
Problemas Sexuais	Pensamentos de cunho sexual, sensações atípicas para a fase do desenvolvimento da criança, ou que ocorrem em uma frequência maior que a esperada. Conflitos sexuais, respostas negativas a estímulos sexuais, e medo de ser sexualmente explorado.

Quanto à avaliação do processamento cognitivo em crianças e adolescentes, não existem instrumentos específicos adaptados para a realidade brasileira. A nível internacional, estão disponíveis o *Children's Automatic Thoughts Scale* (Schniering & Rapee 2002) e o *Childhood Attributions Style Questionnaire-Revised* (Thompson et al., 1998), mas que não abarcam a especificidade das cognições-pós-traumáticas. O *Child Posttraumatic Cognitions Inventory* preenche essa lacuna (CPTCI; Meiser-Stedman et al., 2009). Trata-se de uma adaptação para a infância e adolescência do *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Sbardelloto, Schaefer, Justo, Lobo, & Kristensen, 2013), que tem por objetivo avaliar cognições pós-traumáticas em adultos. O CPTCI é direcionado para crianças e adolescentes com idades entre 6 e 17 anos e possui 25 itens de autorrelato. É composto por dois componentes: “Mudança permanente e perturbadora” e “Minha vida foi destruída pelo evento traumático”. Possui elevada consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,86 e 0,96), evidências de validade de construto, convergente (avaliada através da associação entre as subescalas e escalas de sintomas pós-traumáticos e depressivos; $r_s > 0,5$ e $r_s > 0,6$, respectivamente) e discriminante (crianças com TEPT pontuaram mais alto no instrumento que crianças sem TEPT) (Meiser-Stedman et al., 2009).

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo adaptar transculturalmente e apresentar evidências de validade de duas escalas que avaliam, respectivamente, sintomas pós-traumáticos e cognições pós-traumáticas em crianças e adolescentes: o *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996) e o *Children Posttraumatic Cognitions Inventory* (CPTCI; Meiser-Steman et al., 2009).

Quanto ao delineamento, os estudos da presente dissertação de mestrado caracterizam-

se como pesquisa quantitativa, de caráter psicométrico quanto a seus objetivos, com delineamento do tipo transversal. Para o Estudo 1, a amostra foi composta por 124 crianças e adolescentes (59,7% do sexo feminino e 40,3% do sexo masculino) com idades entre oito a 16 anos ($M=11,36$; $DP=2,4$). O Estudo 2 obteve uma amostra de 10 crianças e adolescentes (6 meninas e 4 meninos) com idades entre 8 a 15 anos ($M=12,78$; $DP=2,33$). Por fim, no Estudo 3 participaram 131 crianças e adolescentes (58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino) com idades entre sete a 17 anos ($M=11,30$; $DP=2,8$). Em todos os estudos foram excluídos da amostra aqueles participantes com transtornos mentais graves, como presença de sintomas psicóticos, avaliados através da *Child Behavior Check List* (CBCL), e retardo mental grave, avaliado através do Teste Matrizes Progressivas de Raven.

Todas as crianças e adolescentes participantes do estudo concordaram em participar da pesquisa através do Termo de Assentimento (Anexo D), e os responsáveis concordaram com os procedimentos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Anexo E). A amostra foi recrutada partir da busca ao (1) Instituto-Geral de Perícias (IGP), que é o órgão oficial do estado do Rio Grande do Sul responsável pela realização de perícias físicas e psíquicas em crianças e adolescentes com suspeita de abuso sexual; (2) busca de atendimento no ambulatório de pesquisa do NEPTE (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse) da PUCRS, aberto ao público geral e com serviços gratuitos, tem por objetivo realizar avaliação psicológica e tratamento psicoterápico cognitivo-comportamental para indivíduos que passaram por um evento traumático e estejam em sofrimento psíquico; e (3) no ambulatório do INFAPA (Instituto da Família de Porto Alegre), clínica escola que realiza atendimentos psicoterápicos à população geral.

Os procedimentos de tradução e adaptação transcultural do TSCC (Estudo 1) e CPTCI (Estudo 2) foram baseados nas diretrizes propostas pela *International Test Commission* (ITC, 2010) e incluíram (1) tradução e retrotradução, (2) avaliação do conteúdo por profissionais da área, (3) estudo piloto na população-alvo, (4) retrotradução da versão final e (5) apreciação e aprovação final pelos autores e editora (TSCC). O TSCC é comercializado pela Psychological Assessment Resources (PAR), o que exigiu a solicitação de permissão (Anexo F) para a tradução do instrumento. Por isso, a versão final do mesmo não poderá ser anexada na presente dissertação de mestrado.

Referências

- Alisic, E. (2011). *Children and trauma: A broad perspective on exposure and recovery* (p. 200). Utrecht: Labor Grafimedia BV.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Achenbach, T. M. (1991). *Child behavior checklist/4-18*. Burlington: University of Vermont.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 17(2), 55-66.
- Borges, J. L., Zoltowski, A. P. C., Zucatti, A. P. N., & Dell’Aglia, D. D. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 87–98.
- Brasil, H. H. A. (2003). Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas. *Psiquiatria*.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 902–907.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339–376.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children—professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Coates, S., & Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(3), 611–26. doi:10.1016/j.chc.2009.03.005

- Cohen, J. a, Berliner, L., & Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child abuse & neglect*, *34*(4), 215–24. doi:10.1016/j.chiabu.2009.12.003
- Cohen, J. A., & Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: Challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*, *11*(1), 91.
- Commission, I. T. (2010). International test commission guidelines for translating and adapting tests. *Gefunden am*, *1*, 2012.
- Cook-Cottone, C. (2004). Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*, *33*(1), 127-139.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, *64*(5), 577–84. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Dagleish, T., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). Cognitive Aspects of Posttraumatic Stress Reactions and their Treatment in Children and Adolescents: An Empirical Review and Some Recommendations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*(04), 459. doi:10.1017/S1352465805002389
- Dannowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., ... Kugel, H. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological psychiatry*, *71*(4), 286–93. doi:10.1016/j.biopsych.2011.10.021
- Drake, E. B., Bush, S. F., & Van Gorp, W. G. (2001). Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents. *Review of Psychiatry*, *20*, 1–31.
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, *11*(4), 176–184. doi:10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x
- Ehlers, a, Mayou, R. a, & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and therapy*, *41*(1), 1–10.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A Cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*, 319–345.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of traumatic stress*, *18*(5), 541–5. doi:10.1002/jts.20062
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. a, & Hamby, S. L. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *29*(11), 1297–312. doi:10.1016/j.chiabu.2005.06.005
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, *124*(5), 1411–23. doi:10.1542/peds.2009-0467
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological assessment*, *11*(3), 303.
- Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S., & Camilleri, A. J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, *34*(2), 133–145. doi:10.1016/0022-4405(96)00003-9
- Friedman, M. (2009). Transtorno de Estresse Agudo e Pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & Macmillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, *373*(9658), 167–80. doi:10.1016/S0140-6736(08)61707-9
- Gillespie, C. F., Phifer, J., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2009). Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depression and anxiety*, *26*(11), 984–992.

- Habigzang, F., Borges, J. L., Dell’Aglia, D. D., & Koller, S. H. (2010). Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, 22(2), 27–44.
- Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, J. L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events : Different Profiles. *Journal of traumatic stress*, 26, 225–232. doi: 10.1002/jts.21792
- Kaminer, D., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Post-traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry*, 4(2), 121.
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World journal of pediatrics : WJP*, 5(1), 5–11. doi:10.1007/s12519-009-0001-x
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Leeson, F. J., & Nixon, R. D. V. (2011). The role of children’s appraisals on adjustment following psychological maltreatment: a pilot study. *Journal of abnormal child psychology*, 39(5), 759–71. doi:10.1007/s10802-011-9507-5
- Li, X., Fang, X., Stanton, B., Zhao, G., Lin, X., Zhao, J., ... Chen, X. (2009). Psychometric evaluation of the Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) among children affected by HIV/AIDS in China. *AIDS care*, 21(3), 261–70. doi:10.1080/09540120802195119
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 778–87. doi:10.1037/a0016945
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. V. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions

- Inventory (CPTCI). *Journal of child psychology and psychiatry* 50(4), 432–40. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*, 91(5), 753–60.
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 178–189.
- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child abuse & neglect*, 32(6), 627–36. doi:10.1016/j.chiabu.2007.09.009
- Palosaari, E., Punamäki, R.-L., Diab, M., & Qouta, S. (2013). Posttraumatic cognitions and posttraumatic stress symptoms among war-affected children: a cross-lagged analysis. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 656–61. doi:10.1037/a0033875
- Pine, D. S., & Cohen, J. a. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological psychiatry*, 51(7), 519–31.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: A Developmental Perspective and Recommendations, *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 391–398. doi:10.1002/jts.
- Salmon, K., Sinclair, E., & Bryant, R. a. (2007). The role of maladaptive appraisals in child acute stress reactions. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 46(Pt 2), 203–10. doi:10.1348/014466506X160704
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., Lobo, B. de O. M., & Kristensen, C. H. (2013). Adaptação e validação de conteúdo da versão brasileira do Posttraumatic Cognitions Inventory. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 1-11. doi:10.1590/S0034-8910.2013047003474

- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of traumatic stress, 25*(4), 359-367. doi: 10.1002/jts.21723
- 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*(9), 1091–1109.
- Thabet, A. M., Tawahina, A. A., Sarraj, E. El, Henely, D., Pelleick, H., & Vostanis, P. (2013). Comorbidity of post traumatic stress disorder, attention deficit with hyperactivity, conduct, and oppositional defiant disorder in Palestinian children affected by war on Gaza. *Health, 05*(06), 994–1002. doi:10.4236/health.2013.56132
- Thompson, M., Kaslow, N. J., Weiss, B., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Children's Attributional Style Questionnaire—Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment, 10*(2), 166.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review, 32*(2), 122–38. doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001
- Wherry, J. N., Baldwin, S., Junco, K., & Floyd, B. (2013). Suicidal thoughts/behaviors in sexually abused children. *Journal of child sexual abuse, 22*(5), 534–51. doi:10.1080/10538712.2013.800938
- Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and psychopathology, 13*(3), 733–53.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo geral realizar a adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas de duas escalas: O *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC), para avaliação de sintomas pós-traumáticos e sintomas associados ao trauma em crianças e adolescentes (Estudo 1) e o *Child Posttraumatic Cognitions Inventory* (CPTCI), para avaliação de cognições pós-traumáticas em crianças e adolescentes (Estudos 2 e 3).

O TSCC (Estudo 1) foi adequadamente adaptado e validado quanto ao conteúdo. Apresentou adequada consistência interna, com alfas de Cronbach entre 0,64 e 0,85 nas escalas clínicas, achado similar ao encontrado no estudo normativo ($\alpha = 0,82-0,89$). O instrumento manteve a mesma estrutura fatorial sugerida pelo estudo do instrumento original, com uma solução de seis componentes, obtida através da Análise de Componentes Principais (PCA). Para a verificação da adequação do modelo original de seis componentes, foi conduzida uma Análise Fatorial Confirmatória (CFA), que evidenciou uma baixa correlação entre os itens e o construto latente, revelando pouca adequação do modelo. Para todas as escalas clínicas (com exceção da escala Raiva, que obteve aceitáveis índices de adequação do modelo) foram explorados modelos alternativos com a retirada de itens que obtiveram baixas cargas fatoriais. Apesar do aumento dos índices de adequação do modelo, o presente estudo não sugere modificações na estrutura do TSCC, considerando que esses são resultados preliminares de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

As evidências de validade convergente foram evidenciadas através de correlações entre o TSCC, CDI e CBCL. As escalas de Depressão e Raiva foram significativamente correlacionadas com os escores do CBCL, resultados que evidenciam a validade convergente do TSCC. A escala de Raiva foi fortemente associada com as escalas de problemas externalizantes, comportamento quebra de regras, comportamento opositor, problemas de conduta e negativamente correlacionada com a escala de ansiedade da CBCL. A escala de Depressão foi associada com as escalas de problemas externalizantes e comportamento de quebra de regras da CBCL. Nas outras escalas clínicas do TSCC, não foram encontradas correlações significativas com a CBCL. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo normativo do TSCC, no qual as escalas clínicas pouco se correlacionaram com as escalas de relato dos cuidadores, como a CBCL (Briere, 1996). De fato, a literatura aponta que há uma discrepância entre o relato dos sintomas reportados pelas crianças e pelos responsáveis, sendo

que os responsáveis tendem a reportar mais sintomas externalizantes, ao passo que as crianças reportam mais sintomas internalizantes (Greenwald & Rubin, 1999; Muris, Meesters, & Spinder, 2002). Em consonância com esses achados, todas as escalas clínicas (com exceção das subescalas) do TSCC foram fortemente associadas aos escores do CDI, indicando adequadas evidências de validade convergente, uma vez que sintomas de depressão são fortemente relacionados com sintomas pós-traumáticos e sintomas relacionados ao trauma. (Thabet, & Vostanis, 2004; Thienkrua et al., 2006).

Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas quanto ao gênero e à idade, resultado que vai ao encontro do estudo normativo e estudos prévios (Briere et al., 1996; Li et al., 2009; Nilsson et al., 2008). Crianças mais novas apresentaram sintomas mais altos nas escalas de Depressão e Preocupações Sexuais, ao passo que as meninas obtiveram escores mais altos em todas as escalas clínicas (exceto nas escalas de Raiva e Preocupações Sexuais). Quanto às limitações, a mais importante encontra-se no reduzido tamanho amostral na heterogeneidade da amostra, que inclui participantes clínicos expostos e não expostos à eventos traumáticos. Contudo, ressalta-se que os dados aqui apresentados são preliminares e apontam para consistentes evidências de validade, que tornam o TSCC uma ferramenta útil para a avaliação de sintomas pós-traumáticos e sintomas associados em crianças e adolescentes da população brasileira.

No estudo 2 os procedimentos de tradução e adaptação transcultural foram realizados conforme o postulado pela literatura especializada (Beaton, 2000) e conforme o recomendado pela *International Test Commission* (2010). Os resultados demonstraram que a versão em português do CPTCI manteve o mesmo significado que o instrumento original, adequada compreensão pela população-alvo e boas evidências de validade de conteúdo.

No Estudo 3, os resultados da avaliação das propriedades psicométricas do CPTCI demonstraram que o instrumento apresenta elevada consistência interna, com alfas de Cronbach entre 0,70 e 0,90, índices similares aos encontrados no estudo original ($\alpha = .86-.93$; Meiser-Stedman et al., 2009). O CPTCI apresentou uma estrutura fatorial com dois componentes, que em conjunto explicaram 55,3% da variância observada. Os itens agruparam-se em componentes com estrutura semelhante à encontrada no estudo original, com duas subescalas nomeadas “Mudança permanente e perturbadora” (CPTCI-PC) e “Pessoa frágil em um mundo assustador” (CPTCI-SW), que refletem crenças sobre o senso de *self* e futuro e sobre ameaça física e fraqueza pessoal, respectivamente.

Apesar da similaridade com a estrutura fatorial do estudo original, a CFA demonstrou que o modelo original não se adequou aos dados deste estudo. A inspeção das cargas fatoriais, no entanto, não indicou a exclusão de nenhum item. Esses resultados demonstram que o CPTCI parece comportar-se de maneira particular na realidade brasileira. No entanto, esses achados devem ser observados com cautela. É necessário enfatizar que a amostra do presente estudo é muito diferente à amostra do estudo original; os participantes do estudo de Meiser Stedman et al. (2009) advém de uma amostra não-clínica e duas amostras clínicas compostas por indivíduos expostos a um evento traumático único e avaliados no primeiro mês após a exposição traumática. Os participantes deste estudo, por sua vez, foram majoritariamente expostos a eventos traumáticos múltiplos e recorrentes. Pesquisas demonstram que, na infância, a diversidade da manifestação de sintomas relacionados ao trauma pode estar associada à natureza do evento traumático, especialmente no que diz respeito à exposição a eventos únicos *versus* eventos recorrentes (Jonkman et al. 2013; Briere, Kaltman, & Green, 2008; Hodges, Godbout, Briere, Lanktree, Gilbert, & Kletzka, 2013).

O modelo cognitivo do TEPT (Ehlers & Clark, 2000) postula que avaliações negativas acerca do trauma e de seu impacto são relacionadas a sintomas depressivos e atuam como mediadores de sintomas pós-traumáticos (Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007; Leeson & Nixon, 2011; Meiser-Stedman, Dalgleish, Glucksman, Yule, & Smith, 2009). Nesse sentido, as fortes associações entre os escores CPTCI, os sintomas pós-traumáticos e associados e sintomas depressivos são indícios de boa validade convergente.

As limitações do estudo devem-se ao reduzido tamanho amostral, à heterogeneidade da amostra e à ausência de um grupo não-clínico, fatores que implicam em uma limitada generalização dos achados aqui apresentados. Sugere-se, para estudos futuros, a investigação de validade discriminante e fidedignidade teste-reteste, bem como a exploração da adequação da estrutura do modelo original em uma amostra não-clínica ou homogênea.

Tomados em conjunto, os achados evidenciados pelos três estudos sugerem que o TSCC e o CPTCI mostram-se instrumentos fidedignos e com adequadas evidências de validade na amostra investigada. Esse achado contribui com a literatura na medida em que demonstra a aplicabilidade deste instrumento em crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos, que compõem uma prevalente população. A partir de uma perspectiva clínica, ambos os instrumentos consistem em importantes ferramentas para o planejamento e avaliação de intervenções psicoterapêuticas. É necessário destacar que os achados aqui apresentados são preliminares, uma vez que esse é o primeiro estudo com o TSCC e o CPTCI

no contexto brasileiro, sendo necessários estudos em outras amostras e contextos da realidade brasileira.

Referências

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–91.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children—professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 223–226.
- Bryant, R., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2502–7. doi:10.1016/j.brat.2007.04.009
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A Cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38, 319–345.
- Greenwald, R., & Rubin, a. (1999). Assessment of Posttraumatic Symptoms in Children: Development and Preliminary Validation of Parent and Child Scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61–75. doi:10.1177/104973159900900105
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis. *Child abuse & neglect*, 37(11), 891–8. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, J. L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events: Different Profiles. *Journal of traumatic stress*, 26, 225–232. doi: 10.1002/jts.21792
- Leeson, F. J., & Nixon, R. D. V. (2011). The role of children’s appraisals on adjustment following psychological maltreatment: a pilot study. *Journal of abnormal child psychology*, 39(5), 759–71. doi:10.1007/s10802-011-9507-5
- Li, X., Fang, X., Stanton, B., Zhao, G., Lin, X., Zhao, J., ... Chen, X. (2009). Psychometric evaluation of the Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) among children

affected by HIV/AIDS in China. *AIDS care*, 21(3), 261–70.
doi:10.1080/09540120802195119

Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 778–87. doi:10.1037/a0016945

Muris, P., Meesters, C., & Spinder, M. (2003). Relationships between child- and parent-reported behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 759–771. doi:10.1016/S0191-8869(02)00069-7

Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child abuse & neglect*, 32(6), 627–36. doi:10.1016/j.chiabu.2007.09.009

Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533-542.

Thienkrua, W., Cardozo, B. L., Chakkraband, M. S., Guadamuz, T. E., Pengjuntr, W., Tantipiwatanaskul, P., ... & Van Griensven, F. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 296(5), 549-559.