



Mariana Sá Costa

**Discrepâncias nos relatos das mães e crianças
sobre as experiências de maus-tratos físicos**

Trabalho realizado sob a orientação do
Professor Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva

fevereiro 2022



Mariana Sá Costa

**Discrepâncias nos relatos das mães e crianças
sobre as experiências de maus-tratos físicos**

**Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica e da Saúde**

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
Para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde
Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
No dia 22/02/2022, perante o júri seguinte:

Presidente: Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto
(Professor Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto),
por delegação da Diretora do Ciclo de Estudos;

Arguente: Professora Doutora Ana Beato
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias)

Orientador: Professor Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva
(Professor Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

fevereiro 2022

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Terminada uma das etapas mais importantes e desafiadoras, torna-se fundamental agradecer o apoio e carinho das pessoas que ajudaram a tornar tudo possível. Por isso, dedico este momento para cada uma delas.

Ao meu orientador, Professor Doutor Diogo Lamela, pela oportunidade de crescimento, pelo desafio e pelos momentos de partilha tão importantes.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e por estarem sempre do meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis. Todo o carinho e paciência ao longo dos cinco anos foram essenciais.

Ao meu namorado Rui. Este percurso não teria sido o mesmo sem ti. Por todo o apoio incondicional e compreensão.

Às minhas colegas na universidade, em específico à Cátia, que deram alegria a todos os dias de aulas, a todos os trabalhos de grupo, a todos os fins de semana a estudar.

Aos meus amigos, João e Nádía, agradeço toda a paciência e auxílio nos momentos mais complicados.

A todos que, direta ou indiretamente, acreditaram em mim e me deram força para estar aqui.

A todos, obrigada por sonharem comigo!

“Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam.”

(José Saramago)

Resumo

Os maus-tratos físicos a crianças praticados no meio familiar têm vindo a ser associados a trajetórias desenvolvimentais desadaptativas em diferentes domínios de funcionamento psicológico. Na avaliação deste fenómeno, as medidas de autorrelato aos pais/cuidadores primários e à própria criança são o método mais utilizado. No entanto, a investigação tem vindo a demonstrar correlações baixas a moderadas entre os autorrelatos dos informantes, que são justificadas por erros metodológicos ou limitações de medida dos instrumentos. Mais recentemente, as discrepâncias entre informantes são concetualizadas como reflexo das variações contextuais do comportamento ou variações nas perspetivas dos informantes sobre o comportamento. O presente estudo teve três objetivos. O primeiro foi identificar padrões de discrepância entre mães e crianças nos seus relatos de experiência de maus-tratos físicos. O segundo objetivo foi testar diferenças entre as tipologias identificadas ao nível dos sintomas de internalização e externalização das crianças. O terceiro e último objetivo foi examinar diferenças entre as tipologias ao nível de variáveis sociodemográficas, nível de violência nas relações de intimidade (VRI), sintomas depressivos e PTSD maternos. A amostra foi constituída por 162 mães de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 21 e os 58 anos, e os seus filhos, com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos. Os participantes foram recrutados em Serviços de Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e casas abrigo. Foram identificadas três tipologias nos relatos de maus-tratos físicos: duas tipologias concordantes (a mãe e a criança relatam elevado maltrato físico e mãe e criança relatam baixo maltrato físico) e uma tipologia discrepante (mãe relata baixo maltrato físico e criança relata elevado maltrato físico). Encontrou-se, também, que os sintomas de externalização e internalização da criança são mais evidentes nas tipologias onde a criança relata elevados níveis de maus-tratos físicos. Ao nível da psicopatologia materna, a depressão e a PTSD materna são mais significativas na tipologia discrepante, em que a mãe relata baixo maltrato físico e a criança relata elevado maltrato físico. São discutidas as implicações clínicas dos resultados.

Palavras-chave: Maus-tratos físicos; avaliação clínica; multi-informantes; discrepâncias.

Abstract

Physical maltreatment of children in the family environment has been associated with maladaptive developmental trajectories in different domains of psychological functioning. In evaluating this phenomenon, measures of self-report to parents/primary caregivers and to the child are the most used method. However, an investigation has been demonstrating low to moderate correlations between the self-reports of the informants, which are justified by methodological errors or measurement limitations of the instruments. More recently, discrepancies between informants are conceptualized as a reflection of contextual variations in behavior or variations in informants' perspectives on behavior. The present study had three objectives. The first was to identify patterns of discrepancy between mothers and children in their reports of experiences of physical abuse. The second objective was to test differences between the identified typologies at the level of children's internalizing and externalizing symptoms. The third and last objective was to examine differences between the typologies in terms of sociodemographic variables, level of intimate partner violence (IPV), depressive maternal symptoms and PTSD. The sample consisted of 162 Portuguese mothers, aged between 21 and 58 years old, and their children, aged between 4 and 10 years old. Participants were recruited from Child Protective Services and shelters residences. Three typologies were identified in the reports of physical abuse: two concordant typologies (mother and child reporting high physical abuse and mother and child reporting low physical abuse) and a discrepant typology (mother reporting low physical abuse and child reporting high physical abuse). It was also found that the child's externalizing and internalizing symptoms are more evident in typologies where a child reports high levels of physical abuse. At the level of maternal psychopathology, depression and maternal PTSD are more relevant in the discrepant typology, in which the mother reports low physical abuse and the child reports high physical abuse. The clinics of the results are discussed.

Keywords: Physical maltreatment; clinical evaluation; multi-informants; discrepancies.

Índice

Resumo	vi
Abstract	vii
Introdução	1
Método	5
Participantes	5
Medidas	6
Procedimentos	8
Estratégia de Análise de Dados	8
Resultados	9
Tipologias de discrepâncias nas experiências de maus-tratos físicos	9
Diferenças entre as tipologias em variáveis sociodemográficas e variáveis maternas	10
Diferenças entre as tipologias no ajustamento psicológico das crianças	12
Discussão	12
Referências	15

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Estatística das medidas de ajustamento para os modelos latentes de perfis</i>	9
Tabela 2. <i>Diferenças entre as Tipologias de Discrepâncias na Experiências de Maus-tratos nas Variáveis de Clustering</i>	10
Tabela 3. <i>Diferenças entre as tipologias nas características da mãe e da criança e nos problemas de internalização e externalização</i>	11

Lista de Abreviaturas

AIC – *Akaike Information Criteria*

ALP - *Latent Profile Analysis*

BIC - *Sample-Size Adjusted Bayesian Information Criteria*

BSI - *Brief Symptom Inventory*

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CTS2 - *Revised Conflict Tactics Scales*

ICAST - *ISPCAN Child Abuse Screening Tool*

IPV – *Intimate Partner Violence*

ISPCAN – *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*

JVQ - *Juvenile Victimization Questionnaire*

PCL-C - *PTSD Checklist – Civilian Version*

PTSD - *Post-traumatic Stress Disorder*

SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire*

VEX-R - *Violence Exposure Scale for Children- Revised*

VRI – *Violência nas Relações de Intimidade*

A violência e os maus-tratos físicos a crianças praticados no meio familiar assumem-se como um problema global de saúde pública devido às suas consequências negativas para as crianças, famílias, comunidades e sistemas públicos de saúde e proteção social (World Wealth Organization, 2020). Em Portugal, foram comunicadas à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco 43 796 situações de perigo em 2019 (entre elas, encontra-se os maus-tratos a crianças), identificando-se um claro aumento de cerca de cinco mil casos quando comparado com o ano anterior (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2020). Os maus-tratos físicos definem-se como a violência perpetrada por um membro da família (geralmente um dos pais ou um dos cuidadores primários) contra a criança. Os maus-tratos físicos incluem a criança ser batida, pontapeada, queimada, atingida por cintos ou outros objetos, ameaçada com facas ou outras armas (Bifulco et al., 1994; Lamela & Figueiredo, 2018a).

Os maus-tratos físicos têm sido sistematicamente associados a comprometimentos no desenvolvimento e nos resultados desenvolvimentais das crianças em diferentes domínios de funcionamento e ao longo do ciclo de vida (Figueiredo, 1998). Crianças expostas a maus-tratos físicos apresentam maiores problemas de externalização e internalização, problemas de rendimento académico, dificuldade de relacionamento com os pares e mais problemas de saúde física (Ellis et al., 2011). A longo-prazo, crianças expostas a maus-tratos físicos exibem maior risco de problemas psicopatológicos, abuso de substâncias, problemas relacionais e familiares, maior absentismo profissional e condições crónicas de saúde (Carr et al., 2020; Kisely et al., 2018; Lamela & Figueiredo, 2018).

A investigação tem demonstrado que crianças vítimas de maus-tratos têm risco aumentado de exposição a outros tipos de vitimação familiar. A literatura tem sugerido, por exemplo, que crianças expostas a violência nas relações de intimidade (VRI) têm uma probabilidade acrescida de serem maltratadas fisicamente (Gardner et al., 2019; Zolotor et al., 2007). A exposição concomitante a estes dois tipos de abuso prediz significativamente os resultados desenvolvimentais da criança (Kisely et al., 2018). Em particular, os estudos têm demonstrado um risco acrescido de desenvolvimento de sintomas psicopatológicos de internalização (por exemplo, ansiedade e depressão) e de externalização (por exemplo, agressividade e delinquência) (Graham-Bermann & Perkins, 2010; Kitzmann et al., 2003; Wolfe et al., 2001). Contextos familiares com presença de VRI potenciam a existência de maltrato físico direcionado aos filhos, sendo que as crianças apresentam um sentimento de falta de proteção e apoio (Brown et al., 2021). Em concreto, mães vítimas de VRI são mais

propensas a expor os filhos a maus-tratos físicos, assim como a maltratá-los fisicamente e a negligenciá-los (Hartley, 2004; Salzinger et al., 2002).

Dado que a exposição aos maus-tratos físicos é um forte fator de risco para trajetórias de desenvolvimento desadaptativas ao longo do ciclo de vida (e.g., Bunting et al., 2018; Lamela & Figueiredo, 2018; Min et al., 2013) a validade metodológica da sua medição tem sofrido significativa atenção na literatura científica. A frequência e severidade dos maus-tratos físicos tem sido avaliada com recurso a uma significativa diversidade de metodologias de avaliação, desde medidas de observação, entrevistas, autorrelato e consulta de processos de promoção e proteção (Compier-de Block et al., 2017). Apesar de alguma literatura sugerir a triangulação de diferentes métodos e informantes na medição dos maus-tratos (Hambrick et al., 2014), as medidas de autorrelato aos pais/cuidadores primários e às próprias crianças são o método mais utilizado na literatura para medir este constructo (Stoltenborgh et al., 2015). As medidas de autorrelato assentam na recolha de dados dos indivíduos que estão ou estiveram envolvidos como vítimas na experiência de maltrato.

Os instrumentos de autorrelato parental do maltrato mais referidos na literatura são o *ISPCAN Child Abuse Screening Tool – Parent Version* (ICAST-P) (Runyan et al., 2009) e o *Juvenile Victimization Questionnaire – Parent Report* (JVQ) (Finkelhor et al., 2005) (Meinck et al., 2016). O primeiro é uma medida para ser usada com pais de crianças com menos de 18 anos. Refere-se às práticas parentais usadas no último ano e na vida de uma forma genérica da criança. Os pais são abordados acerca de omissões no apoio e cuidado aos filhos, regras e disciplina e violência. Este questionário inclui, também, questões relativas ao outro pai/cuidador primário (Runyan et al., 2009). Já o segundo, é um questionário abrangente que visa recolher informações sobre várias experiências de vitimação. Este subdivide-se em 5 grandes dimensões: crimes, maus-tratos infantis, vitimização de pares, vitimização sexual e, por último, testemunho e vitimização indireta. A versão para pais/cuidadores é usado, principalmente, para pais de crianças com menos de 8 anos de idade. Esta versão apresenta questões acerca do ano anterior à resposta do questionário (Finkelhor et al., 2005).

Relativamente aos instrumentos de autorrelato do maltrato para crianças, a literatura mostra uma grande variedade de medidas disponíveis. Estas diferenciam-se quanto ao tipo de maltrato/abuso que avaliam e as idades das crianças a quem vai ser aplicado. Realçamos *ISPCAN Child Abuse Screening Tool* (ICAST) e *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) com as versões das medidas para ser aplicadas à criança e o *Child Conflict Tactics*

Scale (C-CTS) (Meinck et al., 2016). O *Parent-to-Child Conflict Tactics Scale* (PC-CTS) é uma medida avalia estratégias disciplinares violentas e não violentas. Fornece informações em quatro categorias: não violência, agressão psicológica, punição corporal e abuso físico (Cotter et al., 2018).

Apesar das qualidades psicométricas das medidas de autorrelato na medição dos maus-tratos físicos e a sua validade na predição do potencial dos maus-tratos no futuro, uma consistência empírica da investigação prévia tem demonstrado uma moderada a baixa correlação entre os autorrelatos das crianças e dos pais sobre as experiências de maus-tratos físicos das crianças (Chan, 2012; Compier-de Block et al., 2017; Kolko et al., 1996). Por exemplo, no estudo de Kolko et al., (1996) com uma amostra de 323 crianças, com idades compreendidas entre 6 e 13 anos, e os respetivos pais, identificou-se que as crianças relataram em todos os domínios níveis superiores de maltrato comparativamente com as mães. Chan (2012) estudou e comparou a prevalência de maus-tratos relatados por pais e filhos. Examinando os níveis de concordância entre os relatos quanto a diferentes tipos de maus-tratos, os níveis foram baixos a moderados. Especificamente, as crianças relataram níveis superiores de maus-tratos físicos graves do que os pais.

Esta diminuída concordância entre os autorrelatos dos pais e das crianças tem sido justificada por alguma literatura como exemplo de problemas metodológicos e ou conceptuais na definição e medida dos constructos psicológicos. Mais concretamente, as baixas correlações entre os autorrelatos de pais e crianças podem indicar que as medidas de autorrelato não sejam fiáveis na medição do construto (Cooley & Jackson, 2020).

Por outro lado, outros autores sugerem que a criança pode não ser desenvolvimentalmente capaz de relatar as suas experiências abusivas. Por consequência, os resultados obtidos nos autorrelatos das crianças devem ser analisados e interpretados com elevada precaução metodológica e concetual (Greenhoot, 2011 cit. in Hambrick et al., 2014). Finalmente, outros autores sustentam que os pais podem sofrer de elevada desejabilidade social na resposta das experiências de maus-tratos dos filhos, pelo que este tipo de medidas pode subestimar a prevalência e severidade das experiências de maus-tratos físicos nas famílias (Compier-de Block et al., 2017). No seu conjunto, estas contribuições sugerem que a discordância entre informantes nos autorrelatos é resultado da reduzida operacionalização dos construtos, erros ou fragilidades na construção dos itens, ou problemas durante a fase de examinação psicométrica, tanto na validade de construto como na fiabilidade.

Mais recentemente, surgiram avanços teóricos que tentam explicar as fontes e processos das discrepâncias entre informantes nos constructos psicológicos (De Los Reyes, 2011; De Los Reyes, 2013; De Los Reyes et al., 2019; De Los Reyes & Makol, 2021; Goodman et al., 2010). Esta abordagem propõe que as discrepâncias entre informantes não se devem a limitações metodológicas das medidas, mas sim podem refletir diferenças entre os informantes na compreensão, avaliação e posição sobre o comportamento/construto em análise (De Los Reyes et al., 2019). Esta abordagem, desenvolvida com base no trabalho fundacional de (De Los Reyes & Kazdin, 2005) suporta ainda que o tipo e a magnitude destas diferenças entre informantes podem descrever melhor a dinâmica do construto do que os *scores* per se.

Nomeadamente, o modelo do contexto de viés atribucional postula que capturar e interpretar as discrepâncias entre informantes adiciona informação à avaliação clínica, uma vez que o nível de discrepância pode refletir variações contextuais do comportamento ou variações nas perspetivas dos informantes sobre o comportamento (i.e., como as pessoas percebem, interpretam e recordam os mesmos eventos de forma diferente) (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Adaptando o modelo à perpetração de maus-tratos físicos, o nível de discrepância entre informantes na avaliação de um determinado comportamento reflete: (a) interpretação individual dos pais e das crianças sobre o comportamento de maltrato, (b) interpretação individual do comportamento (i.e., se o comportamento é ou não de maltrato), e (c) o contexto em que a informação é recolhida (e.g., o pai/mãe que responde sobre as experiências de maus-tratos do filho pode, ou não, testemunhar outros comportamentos de maus-tratos do outro pai/mãe).

A relação entre as discrepâncias pai/mãe-criança nos relatos de maus-tratos físicos e o ajustamento psicológico das crianças tem sido pouco estudado na literatura empírica. No entanto, estudos anteriores sugerem que maiores discrepâncias entre relatos de pais-filhos nas práticas parentais, foram associados a níveis superiores de sintomas de internalização e externalização (De Los Reyes & Kazdin, 2006). Mais recentemente, Goodman et al., 2010) postula que as discrepâncias entre relatos de pais e filhos na vitimização em crianças espelham uma qualidade baixa do relacionamento pais-filhos, limitando que as crianças revelem a experiência de vitimização ao outro cuidador. Estas discrepâncias entre a experiência de vitimação da criança e o conhecimento do pai/mãe sobre a possível exposição contribuem para menores respostas para gerir o impacto da experiência de vitimação na criança, traduzindo-se em sintomas psicopatológicos subsequentes.

Apesar dos avanços teóricos sobre as discrepâncias entre informantes em relação às dinâmicas do funcionamento familiar, não existem estudos onde se estude as discrepâncias pais-filhos nas experiências de maus-tratos físicos em crianças e se estas discrepâncias estariam associadas aos sintomas de externalização e internalização nas crianças. Por consequência, o nosso estudo teve como objetivo identificar padrões de discrepância entre mães e crianças nos seus relatos de experiência de maus-tratos físicos. Com recurso a uma abordagem metodológica centrada na pessoa, testamos se poderiam ser encontradas distintas tipologias de discrepância entre mães e crianças. Partimos da hipótese de que seriam encontradas quatro tipologias: mãe e criança relatam elevados níveis de maltrato (grupo concordante), mãe e criança relatam baixos níveis de maltrato (grupo concordante), mãe relata elevado maltrato e criança relata baixo maltrato (grupo discordante) e, por fim, mãe relata baixo maltrato e criança relata elevado nível de maltrato (grupo discordante). O segundo objetivo foi testar diferenças entre as tipologias identificadas ao nível dos sintomas de internalização e externalização das crianças. Hipotetizamos que o perfil concordante que a mãe e criança relatam elevado maltrato iriam apresentar os níveis mais elevados de internalização e externalização, o grupo concordante de baixo maltrato iria, por sua vez, apresentar os níveis mais reduzidos de internalização e externalização, enquanto os dois perfis discordantes iriam apresentar níveis intermédios de externalização e internalização.

Finalmente, o terceiro objetivo foi examinar diferenças entre as tipologias ao nível das variáveis demográficas, nível de VRI, sintomas depressivos e de PTSD maternos. Partimos da hipótese de que o perfil em que a mãe e a criança relatam elevado maltrato iriam apresentar os níveis mais elevados de VRI, sintomas depressivos e de PTSD maternos, o perfil em que a mãe e a criança relatam baixo maltrato iriam, por sua vez, apresentar os níveis mais baixos de VRI, sintomas depressivos e de PTSD maternos, enquanto os dois perfis discordantes apresentariam níveis intermédios.

Método

Participantes

No estudo, participaram 162 mães de nacionalidade portuguesa e os seus filhos, com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos. Para participar, as mães deveriam ter experienciado VRI perpetrada pelos companheiros denunciados pela polícia durante o ano anterior à recolha dos dados. Os participantes foram recrutados em Serviços de Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e casas abrigo de norte a sul de Portugal. Para

participar no estudo, potenciais participantes tinham de apresentar os seguintes critérios de inclusão: (a) as mães deveriam ter, pelo menos, 18 anos; (b) a criança deveria morar com a mãe, seja em casa com o parceiro abusivo, seja em abrigos; e (c) a criança não deveria ter uma perturbação cognitiva ou sensorial previamente diagnosticada.

Quanto à idade média das mães, esta foi de 36.49 anos ($DP = 7.68$; intervalo = 21-58). Relativamente ao seu estado civil, 60% das participantes eram casadas ou em coabitação, 19.8% divorciadas e 20.2% solteiras ou viúvas. Ao nível da escolaridade, oitenta e cinco mães (52.4%) não concluíram a escolaridade obrigatória do 9º ano, 58 concluíram a escolaridade obrigatória, 13 concluíram o ensino médio e 4 mães (2.5%) possuíam ensino superior. A maioria das mães (75%) estava desempregada ou nunca trabalhou e, ainda, 48% recebiam benefícios sociais públicos. Quanto à idade média das crianças, esta foi de 7.23 anos ($DP = 1.94$), sendo 54% da amostra composta por rapazes ($n = 87$).

Medidas

Sintomas de externalização e internalização de crianças. Os sintomas de externalização e internalização foram avaliados através do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997). Este instrumento é constituído por 25 itens que abordam os pontos fortes e dificuldades das crianças. Estes itens subdividem-se em cinco subescalas: (1) sintomas emocionais; (2) problemas de comportamento; (3) hiperatividade/desatenção; (4) problemas com os pares; e (5) comportamento pró-social. Os itens são avaliados através de uma escala de resposta de 3 pontos, desde 0 pontos (*não é verdade*) até 2 pontos (*é muito verdade*). A soma final das subescalas resulta numa pontuação máxima total de 10 pontos. Os sintomas de externalização são medidos pelo cálculo de uma pontuação composta a partir da soma das pontuações das subescalas de hiperatividade/desatenção e problemas de comportamento. Já os sintomas de internalização são obtidos pelas subescalas de sintomas emocionais e problemas com os pares. Pontuações mais elevadas refletem maiores problemas de externalização e internalização (Goodman et al., 2010). A versão em português do SDQ revelou propriedades psicométricas adequadas (Marzocchi et al., 2004).

Maltrato físico da criança. As experiências de maus-tratos físicos foram avaliadas através da *Violence Exposure Scale for Children-Revised* (VEX-R) (Fox & Leavitt, 1996). Esta medida é composta por uma versão para os pais e uma versão de autorrelato para a criança (entre os 4 e os 10 anos), que utiliza um formato de desenho animado que ilustra a

vitimação de atos de violência em contexto familiar. Foram utilizados cinco itens que questionavam, especificamente, sobre a vitimação de maus-tratos físicos da criança. Os cinco itens foram respondidos pelas mães e pelas crianças, com recurso a uma escala de *Likert* de 4 pontos para indicar a frequência da vitimação de maus-tratos físicos desde 0 pontos (*nunca*), 1 ponto (*uma vez*), 2 pontos (*algumas vezes*) e 3 pontos (*muitas vezes*). A versão em português do VEX-R revelou propriedades psicométricas adequadas (Sousa, 2015).

Violência nas relações de intimidade. A violência nas relações de intimidade foram avaliadas através da *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) (Straus et al., 1996). Este instrumento de autorrelato é constituído por 39 itens e apresenta 5 escalas, entre elas: negociação, agressão psicológica, agressão física, coerção sexual e lesões. O indivíduo indica a frequência com que cada comportamento ocorreu. Para cada subescala, a pontuação é obtida pela soma da frequência de cada um dos comportamentos vitimação. A violência nas relações de intimidade foi medida através da soma dos *scores* nas subescalas, sendo que pontuações mais elevadas refletiam maior exposição à VRI. A versão em português do CTS2 revelou boas propriedades psicométricas (Paiva & Figueiredo, 2006).

Depressão materna. Os sintomas de depressão materna foram avaliados pela Escala de Depressão do *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1983). Esta escala é composta por seis itens (e.g., ‘*pensamentos de acabar com a vida*’ ou ‘*sentir-se sem esperança perante o futuro*’). A resposta a cada um dos itens é do tipo *Likert*, desde 0 pontos (*nunca*) a 4 pontos (*muitíssimas vezes*). Assim, pontuações mais altas refletem sintomas de depressão mais elevados. A versão em português da escala de depressão do BSI revelou boa consistência interna (Canavarro, 1999).

Sintomas de stress pós-traumático. Foi utilizado o *PTSD Checklist – Civilian Version* (PCL-C) para avaliação dos sintomas de stress pós-traumático (PTSD) (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1994). A PCL-C inclui 17 itens de autorrelato de sintomas de PTSD, com base no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais-IV. É pedido aos participantes para avaliarem a gravidade de cada sintoma apresentado durante os 30 dias anteriores, através de uma escala tipo *Likert*, desde 1 ponto (*nada*) a 5 pontos (*extremamente*). Pontuações mais altas refletem níveis mais altos de sintomas de PTSD. A versão em português apresenta características psicométricas adequadas (Marcelino & Gonçalves, 2012).

Procedimentos

Os participantes foram recrutados em 12 CPCJ e 117 instituições que prestam assistência a mulheres vítimas de VRI e que concordaram em entrar em contacto com as díades mãe-filho que atendessem aos critérios de inclusão do estudo. Os profissionais dessas instituições abordaram primeiro os potenciais participantes e forneceram informações sobre os objetivos do estudo e procedimentos a seguir. No total, das 352 mães contactadas, apenas 162 mães aceitaram participar. As entrevistas foram, então, agendadas com as mães que consentiram participar, e foram fornecidas informações adicionais sobre o método e procedimentos éticos. O protocolo de avaliação foi administrado aos participantes após o consentimento informado ter sido obtido por escrito. As mães receberam *vouchers* para usufruto em lojas locais como agradecimento pela sua participação. Os procedimentos do estudo foram aprovados pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pelo Conselho de Revisão Institucional, antes da realização do estudo.

Estratégia de Análise de Dados

Para testar o primeiro objetivo, foi realizada uma análise latente de perfis (ALP; *latent profile analysis*), com vista a testar a solução ótima de *clusters*. Foram utilizadas como variáveis de *clustering* as experiências de maus-tratos físicos autorelatadas pela criança e as experiências de maus-tratos físicos da criança relatadas pelas mães. Estas variáveis foram *standardizadas* previamente à sua inclusão no modelo. Para verificar a melhor solução de perfis, foram estimados modelos como um, dois, três e quatro perfis latentes. Estes modelos foram comparados em três medidas de ajustamento estatístico. O modelo ótimo do número de perfis foi determinado com base nos melhores valores de ajustamento nas seguintes medidas: *Akaike Information Criteria* (AIC), *Sample-Size Adjusted Bayesian Information Criteria* (BIC) e entropia. Para as medidas AIC e BIC, o valor mais baixo, geralmente, indica o modelo com melhor ajustamento estatístico. O índice de entropia avalia a precisão com a qual os modelos classificam os indivíduos na sua classe mais provável. O valor do índice de entropia pode variar entre 0 e 1, com valores mais altos representando maior precisão de classificação. De acordo com as orientações de (Clark & Muthén, 2009) valores de 0.4, 0.6 e 0.8 representam valores baixos, moderados e elevados de entropia, respetivamente. A ALP foi realizada usando o tidyLPA em R. De seguida, foram conduzidas ANOVAs para examinar se as variáveis de *clustering* diferiam significativamente entre os clusters. As

ANOVAs significativas foram seguidas pelo teste *post-hoc Tukey-Kramer* para identificar diferenças significativas entre os grupos.

Por fim, para testar diferenças entre os perfis nas características da mãe e da criança (objetivo 2) e problemas de internalização e externalização das crianças (objetivo 3) foram realizados ANOVAs e testes qui-quadrado para as variáveis contínuas e categoriais, respetivamente. Para as variáveis contínuas, foram subsequentemente realizados testes *Post-hoc Tukey-Kramer* para identificar as diferenças significativas entre grupos.

Resultados

Tipologias de discrepâncias nas experiências de maus-tratos físicos

Resultados ALP. Os valores nas medidas de ajustamento estatístico (*fit statistics*) para os quatro modelos testados estão descritos na Tabela 1. Os resultados mostram que o modelo com três perfis mostrou os valores mais baixos nas medidas AIC e BIC e o *score* mais elevado no índice de entropia¹. Estes valores sugeriram que o modelo com três tipologias era aquele que melhor representava os dados. Por consequência, o modelo de três perfis foi selecionado para a condução das análises subsequentes.

Tabela 1. *Estatística das medidas de ajustamento para os modelos latentes de perfis*

Model	AIC	BIC	Entropy
Modelo 1 perfil	481.855	487.993	1.0
Modelo 2 perfis	469.826	482.101	.74
Modelo 3 perfis	464.230	481.644	.88
Modelo 4 perfis	468.230	492.782	.49

Definição das tipologias. A Tabela 2 apresenta as médias e os desvios-padrão das variáveis de *clustering* (i.e., experiências de maus-tratos físicos relatadas pelas crianças e pelas mães para cada um dos perfis), assim como as diferenças entre os perfis em cada uma das variáveis de *clustering*. As tipologias/perfis foram rotuladas em função das suas dimensões mais salientes. A primeira tipologia foi caracterizada por reduzidos níveis de maus-tratos físicos relatados pelas mães e níveis elevados de maus-tratos físicos relatados pelas crianças (grupo discordante: P1 M-/C++). Na segunda tipologia, mães e crianças relataram níveis elevados de maus-tratos físicos à criança (grupo concordante: P2

¹ O valor do índice de entropia do modelo com um perfil (1.0) não foi considerado nesta decisão, uma vez que, por lógica estatística, todos os casos seriam classificados com precisão num único perfil (Clark & Muthén, 2009).

M++/C++). Por fim, na terceira tipologia, mães e crianças relataram níveis reduzidos de maus-tratos (grupo concordante: P3 M-/C-).

Tabela 2. *Diferenças entre as Tipologias de Discrepâncias na Experiências de Maus-tratos nas Variáveis de Clustering*

Variável	P1: M-/C++ (n = 44)		P2: M++/C++ (n = 24)		P3: M- /C- (n = 91)		Teste de diferenças entre perfis	
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2, 158)	Contraste entre perfis ^a
Maus-tratos físicos (criança) (VEX-R)	0.98	0.51	0.78	1.16	-0.66	0.50	115.68	P1, P2 > P3
Maus-tratos físicos (mãe) (VEX-R)	-0.23	0.47	0.95	0.80	-0.40	0.53	169.88	P2 > P1, P3

Nota. P1: M-/C++ = Relatos discordantes entre mãe e criança, com a mãe com baixo e a criança com alto relato de maus-tratos. P2: M++/C++ = Relatos concordantes na elevada vitimação por maus-tratos físicos. P3: M-/C- = Relatos concordantes na baixa vitimação por maus-tratos físicos. ANOVAs para as diferenças entre os grupos foram significativas a $p < .001$. ^aDiferenças significativas entre os grupos a $p < .001$, usando o teste Tukey-Kramer.

Diferenças entre as tipologias em variáveis sociodemográficas e variáveis maternais

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as tipologias ao nível do local de residência e idade das crianças. Mais concretamente, havia uma maior proporção de mães e crianças a viver em casas abrigos na tipologia concordante nos baixos níveis de vitimação por maus-tratos físicos (P3: M-/C-), do que nas restantes tipologias. Ao nível da idade da criança, as crianças da tipologia P2 eram significativamente mais velhas do que a tipologia P3.

Por sua vez, as mães da tipologia discordante (P1: M-/C++) relataram níveis mais elevados de sintomas depressivos e sintomas de PTSD do que as mães dos dois grupos concordantes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da exposição à VRI.

Tabela 3. Diferenças entre as tipologias nas características da mãe e da criança e nos problemas de internalização e externalização

<i>M (SD)</i> ou <i>n (%)</i>	Total (<i>N</i> = 159)	Tipologias			Statistic	Contraste entre grupos ^a
		P1: M-/C++ (<i>n</i> = 55)	P2: M++/C++ (<i>n</i> = 35)	P3: M- /C- (<i>n</i> = 63)		
Características sociodemográficas						
Idade da mãe	36.26 (7.52)	36.00 (8.23)	37.63 (5.75)	36.03 (7.61)	<i>F</i> = 0.46	<i>ns</i>
Estado civil da mãe (casada/união de facto)	90 (58.8%)	30 (54.5%)	19 (54.3%)	41 (65.1%)	χ^2 = 1.73	<i>ns</i>
Local residência atual da mãe (casa abrigo)	80 (50.3%)	20 (25.0%)	19 (23.8%)	41 (51.2%)	χ^2 = 7.93**	P3 > P1, P2
Educação materna (< 9º ano)	85 (53.5%)	27 (31.8%)	15 (17.6%)	43 (50.6%)	χ^2 = 3.29	<i>ns</i>
Exposição VRI na gravidez (sim) ^b	79 (51.3%)	21 (26.6%)	14 (17.7%)	44 (55.7%)	χ^2 = 18.18	<i>ns</i>
Idade da criança	7.25 (1.94)	7.45 (1.91)	8.25 (1.45)	6.88 (1.98)	<i>F</i> = 5.37**	P2 > P3
Sexo da criança (rapaz)	85 (55.5%)	24 (28.2%)	13 (15.3%)	48 (56.5%)	χ^2 = 0.28	<i>ns</i>
Criança diagnosticada com problemas de saúde (sim)	45 (29.4%)	12 (32.8%)	10 (28.6%)	23 (36.5%)	χ^2 = 3.07	<i>ns</i>
Exposição materna à VRI (CTS2)	16.61 (5.41)	16.89 (5.47)	17.58 (4.97)	16.22 (5.51)	<i>F</i> = 0.68	<i>ns</i>
Sintomas depressivos maternos (BSI)	11.40 (5.69)	14.16 (5.65)	10.58 (4.27)	10.29 (5.68)	<i>F</i> = 7.79***	P1 > P2, P3
Sintomas PTSD maternos (PCL)	0.71 (0.46)	0.91 (0.29)	0.58 (0.50)	0.65 (0.48)	<i>F</i> = 6.39**	P1 > P2, P3
Problemas de externalização (Mãe) (SDQ)	9.61 (4.13)	10.93 (4.01)	11.33 (3.82)	8.52 (3.96)	<i>F</i> = 8.22***	P1, P2 > P3
Problemas de internalização (Mãe) (SDQ)	6.53 (3.44)	7.45 (3.17)	8.42 (3.53)	5.58 (3.25)	<i>F</i> = 9.57**	P1, P2 > P3

P1: M-/C++ = Relatos discordantes entre mãe e criança, com a mãe com baixo e a criança com alto relato de maus-tratos. P2: M++/C++ = Relatos concordantes na elevada vitimação por maus-tratos físicos. P3: M-/C- = Relatos concordantes na baixa vitimação por maus-tratos físicos. VEX-R = Violence Exposure Scale for Children-Revised. CTS2 = Revised Conflict Tactics Scales. BSI = Brief Symptom Inventory. SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire. ANOVAs para as diferenças entre os grupos foram significativas a $p < .001$. ^aDiferenças significativas entre os grupos a $p < .001$, usando o teste Tukey-Kramer. ^a Significant group differences at $p \leq .05$ (Tukey-Kramer post-hoc tests). ^b $N = 150$. $^{**}p < .01$; $^{***}p < .001$

Diferenças entre as tipologias no ajustamento psicológico das crianças

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as tipologias ao nível dos sintomas de internalização e externalização das crianças relatados pelas mães. Mais concretamente, as mães da tipologia discordante (P1: M-/C++) e da tipologia concordante em elevada vitimação por maus-tratos físicos (P2: M++/C++) relataram níveis mais elevados de sintomas de internalização e de externalização do que as mães da tipologia concordante na baixa vitimação por maus-tratos físicos (P3: M-/C-).

Discussão

O presente estudo apresentou três objetivos. O primeiro objetivo foi identificar tipologias de discrepâncias nos relatos das mães e das crianças nas experiências de maus-tratos físicos da criança. Através de uma análise latente de perfis, foram encontradas três tipologias. A primeira tipologia caracterizou-se pela mãe relatar baixos níveis de maus-tratos físicos, enquanto a criança relatava elevados níveis de maus-tratos físicos (P1: M-/C++). Na segunda tipologia (P2: M++/C++), quer a mãe quer a criança relataram elevados níveis de maus-tratos físicos. Por fim, a terceira tipologia caracterizou-se pela mãe e pela criança relatarem baixos níveis de maus-tratos físicos (P3: M-/C-).

O segundo objetivo foi testar as diferenças entre as tipologias, ao nível dos sintomas de internalização e externalização das crianças. Os resultados mostraram que as crianças das tipologias P1 (M-/C++) e a tipologia P2 (M++/C++) exibiram significativamente mais sintomas de internalização e externalização relatados pelas mães.

O terceiro objetivo foi examinar diferenças entre as tipologias ao nível das variáveis sociodemográficas, nível de VRI, sintomas depressivos e de PTSD maternos. Quanto às variáveis sociodemográficas, existe uma maior proporção de mães e crianças a viver em casas abrigos na tipologia concordante nos baixos níveis de vitimação por maus-tratos físicos (P3) do que nas restantes tipologias. Ao nível da idade da criança, as crianças da tipologia P2 eram significativamente mais velhas do que a tipologia P3. Relativamente à depressão materna, a tipologia em que a mãe relata baixo nível de maus-tratos físicos e a criança relata elevado maus-tratos físicos (P1: M-/C++) apresentou níveis superiores. Quanto à perturbação de stress pós-traumático materna, foi também a tipologia P1 que mostrou os níveis mais altos. A exposição materna a violência nas relações de intimidade não foi significativa em nenhuma das tipologias.

De uma forma global, foram encontradas três tipologias nos relatos das mães e crianças sobre as experiências de maus-tratos físicos. Entre estas tipologias, duas delas são tipologias de concordância (P2 e P3) e uma tipologia de discrepância (P1). Numa fase inicial, antecipou-se a hipótese de que seriam encontradas quatro tipologias, isto é, duas tipologias com relatos concordantes da mãe e da criança e duas tipologias discrepantes de relatos. Esta hipótese foi parcialmente confirmada, sendo que não foi encontrada a tipologia em que a mãe relata elevado nível de maus-tratos físicos e a criança baixos maus-tratos físicos. A ausência desta quarta tipologia pode ser justificada por duas hipóteses. Em primeiro lugar, a nível metodológico, o tamanho da amostra do presente estudo pode não ter permitido capturar outras organizações tipológicas de discrepâncias. Por outro lado, seria esperado que nesta tipologia em que a mãe relata elevado maltrato físico e a criança relata baixo maltrato, seria onde se identifica níveis mais elevados de exposição a violência nas relações de intimidade (VRI). A exposição a níveis mais elevados de VRI pode fazer com que as mães percecionem o contexto familiar como mais violento dado a sua própria experiência e, esta mesmo percepção, influencia a percepção de vitimação dos maus-tratos físicos dos filhos (Levendosky et al., 2003). Contudo, a homogeneidade dos níveis de VRI na amostra (i.e., a reduzida variabilidade de exposição a VRI que foi demonstrada pela não identificação de diferenças na exposição à VRI entre grupos) pode explicar, parcialmente, a não existência desta quarta tipologia.

Foram encontradas diferenças entre as tipologias e os sintomas de internalização e externalização. Neste sentido, os dados mostram que as tipologias onde a criança relata elevados níveis de maus-tratos físicos (P1 e P2) são as que apresentam sintomas de psicopatologia mais expressivos (externalização e internalização). Desta forma, a hipótese inicial do estudo de que estes sintomas seriam mais significativos na tipologia P2 foi corroborada. Sendo os dados destas duas variáveis recolhidos através do relato da mãe, seria esperado que as tipologias P1 e P3 apresentassem semelhanças, dado que é nestas onde as mães relatam baixos níveis de maus-tratos físicos. Contudo, a tipologia P2, conjuntamente com a P1, são as que indicam maior internalização e externalização. Identifica-se, assim, uma nova leitura de que o padrão em que as mães relatam baixo maltrato relatam, simultaneamente, elevada externalização e internalização. Este resultado inesperado pode ser explicado pela depressão e PTSD materna. Os estudos têm vindo a mostrar que mães deprimidas, comparativamente com mães não deprimidas, têm uma maior probabilidade de relatar problemas de comportamento de crianças (Richters & Pellegrini, 2018).

Ao nível da psicopatologia materna, a depressão e a PTSD são mais significativas nas mães que integram a tipologia P1, onde a mãe relata baixos maus-tratos físicos e a criança relata elevado maus-tratos físicos. Estes resultados podem ser explicados pelos sintomas de depressão e PTSD materna que podem criar vieses na forma como as mães avaliam a realidade. Esta característica influencia as atribuições que as mães fazem do comportamento da criança, fazendo atribuições hostis e, desta forma, legitimam a utilização de práticas parentais coercivas, criam vieses na avaliação das necessidades das crianças (Lohaus et al., 2020). Além disso, os níveis de tolerância são significativamente mais baixos, baixa tolerância à frustração e baixo sentimento de autoeficácia parental. Por consequência, as mães não conseguem perceber alguns comportamentos como abusivos e/ou não conseguem monitorizar a criança e as relações familiares de forma sistemática (Schneiderman et al., 2021). Os sintomas depressivos estão frequentemente associados a competências parentais comprometidas, isto é, um maior desinteresse nas dinâmicas familiares, menor envolvimento em atividades com o filho, manipulação e uma atitude menos responsiva com os filhos (Dix & Meunier, 2009). Assim, nesta tipologia, o relato da criança pode ser considerado mais “fiável”, dado que a qualidade do relato da mãe sobre os problemas dos filhos pode ser influenciada pela depressão. Encontra-se, assim, uma relação positiva entre os níveis maternos de depressão e as discrepâncias na avaliação de experiências de maus-tratos físicos de crianças, quando comparado com outros informantes (Chi & Hinshaw, 2002; Lohaus et al., 2020). Desta forma, a existência desta tipologia discordante nos nossos resultados pode ser explicada pela psicopatologia da mãe que condiciona diretamente o seu relato sobre a experiência de vitimação.

Globalmente, os resultados do presente estudo mostraram a existência de três organizações tipológicas de relatos sobre experiências de maus-tratos físicos. Entre estas tipologias, duas são concordantes e uma discordante. Encontrou-se, também, que os sintomas de externalização e internalização da criança são dependentes do seu relato (especificamente, do relato de elevado nível de maltrato) e não dependem do relato da mãe, como seria esperado, uma vez que estes dados foram obtidos através da mãe. O que parece influenciar esta relação é a psicopatologia da mãe, em particular a depressão e a PTSD materna que condicionam/limitam a percepção da mãe sobre o fenómeno e criam vieses na forma como a mesma percebe a realidade e as dinâmicas familiares.

Apesar do contributo, o estudo deve ser analisado tendo em conta algumas limitações. Em primeiro, dado a sua natureza transversal, não foi possível estudar

mecanismos que expliquem as diferenças entre tipologias. Em segundo lugar, não foram recolhidos dados de quem é o perpetrador do maltrato físico. As discrepâncias por si podem surgir em contextos que, por exemplo, o pai maltrata a criança e a mãe não assiste. Especificamente, na tipologia P1, em que a mãe relata baixo nível de maltrato e a criança relata elevado maltrato, não sabemos quem é o perpetrador, sendo que a discrepância pode ser identificada pelo facto da criança ser exposta ao maltrato e a mãe não observar o mesmo e a criança não o relata à mãe. Aqui, neste grupo, não existe uma narrativa comum que permita à mãe proteger a criança de experiências de maltrato.

Ainda que presentes algumas limitações, o presente estudo procurou abordar a temática das discrepâncias, dando uma nova leitura e compreensão dos relatos das mães e das crianças sobre as experiências de maus-tratos físicos. Procurou-se explorar novos significados para as discrepâncias que são inegáveis, de forma a não entregar diretamente a sua causa a problemas metodológicos e de medida. No processo de avaliação clínica, a integração de multi-informantes possibilita a recolha de diferentes perceções de indivíduos relevantes da vida da criança e que estão presentes nos seus diversos contextos. A existência de relatos discrepantes não invalida as informações recolhidas no processo de avaliação, embora se apresente um desafio para a compreensão do quadro clínico. Além disso, a sua própria existência, espelha mecanismos subjacentes que devem ser igualmente avaliados e que justificam a leitura do fenómeno trazida por aquele mesmo informante. Desta forma, cada indivíduo que integre o processo fornece uma perspectiva única sobre o construto psicológico e que possibilita ao profissional de Psicologia uma tomada de decisões no processo terapêutica mais informadas.

Referências

- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 35(8), 1419–1435.
- Brown, S. M., Rhoades, G. K., Marti, C. N., & Lewis, T. (2021). The co-occurrence of child maltreatment and intimate partner violence in families: Effects on children's externalizing behavior problems. *Child Maltreatment*, 26(4), 363–375. <https://doi.org/10.1177/1077559520985934>.
- Bunting, L., Davidson, G., McCartan, C., Hanratty, J., Bywaters, P., Mason, W., & Steils, N. (2018). The association between child maltreatment and adult poverty – A systematic review of longitudinal research. *Child Abuse and Neglect*, 77, 121–133.

- <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.022>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. *Trauma, Violence, and Abuse*, 21(4), 828–843. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334>.
- Chan, K. L. (2012). Comparison of parent and child reports on child maltreatment in a representative household sample in Hong Kong. *Journal of Family Violence*, 27(1), 11–21. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9405-1>.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 387–400. <https://doi.org/10.1023/A:1015770025043>.
- Clark, S., & Muthén, B. O. (2009). *Relating latent class analysis results to variables not included in the analysis*. Disponível em <https://www.statmodel.com/download/relatinglca.pdf>.
- Compier-de Block, L. H. C. G., Alink, L. R. A., Linting, M., van den Berg, L. J. M., Elzinga, B. M., Voorthuis, A., Tollenaar, M. S., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2017). Parent-child agreement on parent-to-child maltreatment. *Journal of Family Violence*, 32(2), 207–217. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9902-3>.
- Cooley, D. T., & Jackson, Y. (2020). Informant discrepancies in child maltreatment reporting: A systematic review. *Child Maltreatment*. <https://doi.org/10.1177/1077559520966387>.
- Cotter, A., Proctor, K. B., & Brestan-Knight, E. (2018). Assessing child physical abuse: An examination of the factor structure and validity of the parent-child conflict tactics scale (CTSPC). *Children and Youth Services Review*, 88, 467–475. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.03.044>.
- De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533405>.
- De Los Reyes, A. (2013). Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Development and Psychopathology*, 25(3), 669–682. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000096>.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2006). Informant discrepancies in assessing child

- dysfunction relate to dysfunction within mother-child interactions. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 643–661. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9031-3>.
- De Los Reyes, A., & Makol, B. A. (2021). Interpreting convergences and divergences in multi-informant, multi-method assessment. In *The Oxford handbook of personality and psychopathology assessment* (Vol. 50, Issue 01). <https://doi.org/10.5860/choice.50-0573>.
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1), 53–58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>.
- De Los Reyes, A. L., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>.
- Derogatis, L. R. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>.
- Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45–68. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.11.002>.
- Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: An evolutionary-neurodevelopmental theory. *Development and Psychopathology*, 23(1), 7–28. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000611>.
- Figueiredo, B. (1998). *Maus tratos à criança e ao adolescente (II): Considerações a respeito do impacto desenvolvimental*, 197–216.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse and Neglect*, 29(4), 383–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>.
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 96(July), 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>.
- Goodman, K. L., de Los Reyes, A., & Bradshaw, C. P. (2010). Understanding and using

- informants' reporting discrepancies of youth victimization: A conceptual model and recommendations for research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(4), 366–383. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0076-x>.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>.
- Graham-Bermann, S. A., & Perkins, S. (2010). Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*, 25(4), 427–439. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.427>.
- Hambrick, E. P., Tunno, A. M., Gabrielli, J., Jackson, Y., & Belz, C. (2014). Legal implications and documentation of child maltreatment: Using multiple informants to assess child maltreatment: Concordance between case file and youth self-report. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 23(7), 751–771. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.933463>.
- Hartley, C. C. (2004). Severe domestic violence and child maltreatment: Considering child physical abuse, neglect, and failure to protect. *Children and Youth Services Review*, 26(4), 373–392. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.01.005>.
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: Birth cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 698–703. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.207>.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>.
- Kolko, D. J., Kazdin, A. E., & Day, B. T. (1996). Children's perspectives in the assessment of family violence: Psychometric characteristics and comparison to parent reports. *Child Maltreatment*, 1, 156–167. <http://hjb.sagepub.com.proxy.lib.umich.edu/content/9/2/183.full.pdf+html>.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2018). A cumulative risk model of child physical maltreatment potential: Findings from a community-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(8), 1287–1305. <https://doi.org/10.1177/0886260515615142>.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2018). Childhood physical maltreatment with physical injuries is associated with higher adult psychopathology symptoms. *European*

- Psychiatry*, 53, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.04.008>.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. A. (2003). The impact of domestic violence on the maternal - Child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 275–287. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.275>.
- Lohaus, A., Rueth, J. E., & Vierhaus, M. (2020). Cross-informant discrepancies and their association with maternal depression, maternal parenting stress, and mother-child relationship. *Journal of Child and Family Studies*, 29(3), 867–879. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01625-z>.
- Meinck, F., Steinert, J. I., Sethi, D., Gilbert, R., Bellis, M., Mikton, C., Alink, L., & Baban, A. (2016). *Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook*.
- Min, M. O., Minnes, S., Kim, H., & Singer, L. T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse and Neglect*, 37(6), 361–373. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.008>.
- Richters, J., & Pellegrini, D. (2018). *Depressed mothers' judgments about their children: An examination of the depression- distortion hypothesis*, Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development, 60(5), 1068–1075.
- Runyan, D. K., Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B., Menick, D. M., Andrevia-Miller, I., Kasim, M. S., Choo, W. Y., Isaeva, O., Macfarlane, B., Ramirez, C., Volkova, E., & Youssef, R. M. (2009). The development and piloting of the ISPCAN child abuse screening tool-parent version (ICAST-P). *Child Abuse and Neglect*, 33(11), 826–832. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.006>.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Ng-Mak, D. S., Mojica, E., Stockhammer, T., & Rosario, M. (2002). Effects of partner violence and physical child abuse on child behavior: A study of abused and comparison children. *Journal of Family Violence*, 17(1), 23–52. <https://doi.org/10.1023/A:1013656906303>.
- Schneiderman, J. U., Palmer Molina, A., Mennen, F. E., & Negriff, S. (2021). Effect of caregiver depressive symptoms on the concordance between caregiver and youth assessment of youth physical health. *Maternal and Child Health Journal*, 25(12), 1814–1819. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03273-6>.
- Stoltenborgh, M., Kranenburg, M. J. B., Alink, L. R. A., & IJzendoorn, M. H. van. (2015). *The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-*

- analyses*. 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 282–289. <https://doi.org/10.1097/00004583-200103000-00007>.
- Zolotor, A. J., Theodore, A. D., Coyne-Beasley, T., & Runyan, D. K. (2007). Intimate partner violence and child maltreatment: Overlapping risk. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(4), 305–321. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhm021>.