



Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE 2021

**VINCULAÇÃO AOS PARES NA
ADOLESCÊNCIA:
ASSOCIAÇÕES COM A AUTO-COMPAIXÃO,
BEM-ESTAR E SINTOMATOLOGIA**

Joana Filipa da Silva Leal das Neves (e-mail: jojo.9.9@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação,
Desenvolvimento e Aconselhamento, sob a orientação da Professora
Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias

Outubro 2021

Resumo

A adolescência é uma etapa do ciclo vital em que ocorrem múltiplas e profundas mudanças, sendo também segundo a literatura, considerada como uma fase em que o indivíduo se revela particularmente vulnerável, devido às pressões internas (psicológicas e emocionais) e externas (pelos pais, pares e pela sociedade em geral). A conquista da autonomia, a individuação e a saída de casa colocam desafios ao sujeito e podem ser geradoras de maior stresse ameaçando o seu bem-estar e vulnerabilizando a psicopatologia. Neste contexto, é importante perceber o efeito da vinculação aos pares, na autocompaixão e na saúde mental, uma vez que a investigação sugere que estas variáveis podem estar relacionadas.

O objetivo principal deste estudo foi explorar a existência de associações entre os níveis de vinculação, de autocompaixão e de saúde mental numa amostra de adolescentes da população portuguesa.

Para tal, recolheu-se uma amostra composta por 296 adolescentes, a frequentar o ensino secundário e profissional, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos ($M = 16,31$).

Neste contexto, a saúde mental foi avaliada pela escala de bem-estar MHC- (*Mental Health Continuum*) e pelo BSI (*Brief Symptom Inventory*), a qualidade das relações de vinculação através do *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) e a autocompaixão avaliada com a escala de autocompaixão para adolescentes (SCS-A). De referir que todas estas escalas adaptadas à população portuguesa.

Os instrumentos utilizados são fidedignos e úteis para a investigação, pois apresentam boas consistências internas. Os resultados obtidos permitem concluir que, apesar de esta temática ser pouco estudada nesta faixa etária, os adolescentes apresentam níveis de vinculação aos pares elevados associados a níveis mais elevados de bem-estar e autocompaixão, relacionando-se as variáveis entre si.

Palavras-chave: adolescência, vinculação, autocompaixão, bem-estar.

Abstract

Adolescence is a stage in the life cycle in which multiple and profound changes occur, and according to the literature, it is also considered a phase in which the individual is particularly vulnerable, due to internal (psychological and emotional) and external pressures (from parents, peers, and society in general). The achievement of autonomy, individuation, and leaving home pose challenges to the subject and may generate greater stress, threatening his well-being and making him vulnerable to psychopathology. In this context, it is important to understand the effect of peer attachment on Self-Compassion and mental health, since research suggests that these variables may be related.

The main objective of this study was to explore the existence of associations between levels of attachment, self-compassion and mental health (well-being and psychological symptoms) in a sample of adolescents from the Portuguese population.

For this purpose, this sample was collected, consisting of 296 adolescents, attending secondary and professional education and aged between 14 and 18 years ($M = 16.31$), so mental health was assessed by the well-being scale MHC- (Mental Health Continuum) and BSI (Brief Symptom Inventory), the quality of attachment relationships through the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) and self-compassion assessed with the Self-Compassion Scale for Adolescents (SCS -A), all these scales adapted to the Portuguese population.

The instruments used are reliable and useful for research, since they have good internal consistency. The results obtained allow us to conclude that, although this issue has been little studied in this age group, adolescents have high levels of peer attachment associated with higher levels of well-being and Self-Compassion, and the variables are related to each other.

Key words: adolescence, attachment, self-compassion, well-being.

Agradecimentos

A realização deste trabalho de investigação deve-se, fundamentalmente, ao contributo de inúmeros apoios, individuais e institucionais, aos quais me parece apropriado expressar o meu verdadeiro reconhecimento e a minha gratidão. Nesse sentido, faço uma alusão aos que, de uma forma muito particular, me acompanharam e me ajudaram a prosseguir e a concluir esta tese:

À Senhora Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias, pelos preciosos ensinamentos, pelas sugestões e críticas que melhoraram, significativamente, o teor deste estudo, assim como pela disponibilidade e apoio manifestados, ao longo de todo o período curricular do curso;

À Doutora Mariana Maia de Carvalho, por todo o empenho demonstrado, ao longo da realização deste estudo, por todos os conselhos e sugestões, pela constante disponibilidade para auxiliar e por ter sido um apoio fundamental nesta investigação, da qual também fez parte e à qual dedicou o seu tempo, tendo sido um dos maiores apoios na realização desta tese;

À Direção da Escola Profissional da Horta, que se disponibilizou, de imediato, na recolha de participantes para o presente estudo e a todos os estudantes/ adolescentes que, generosamente, se disponibilizaram para participar. Sem a colaboração daqueles, este trabalho não seria possível nem teria significado;

Aos meus pais, à minha irmã e ao meu namorado, os meus agradecimentos mais sinceros, por tudo o que fizeram por mim, por todo o apoio e encorajamento que sempre me deram, por todos os valores que me inculcaram e por me tornarem na pessoa que sou.

Aos meus restantes familiares, avós, tios e primos, um enorme obrigado por todas as palavras reconfortantes e por todo o afeto demonstrado;

Aos meus amigos que, muitas vezes, não estando presentes, ajudaram-me com uma palavra de alento, nos momentos mais difíceis do meu percurso académico;

Um agradecimento ainda a tantas outras pessoas, conhecidos e colegas que, de forma direta ou indireta, colaboraram para que eu chegasse até aqui.

Obrigada a todos por ter conseguido ultrapassar os momentos bons e menos bons, durante os últimos anos.

Índice

1. Introdução	8
2. Enquadramento Conceptual	9
2.1. Vinculação.....	9
2.2. Vinculação na Adolescência	11
2.3. Autocompaixão na Adolescência	14
2.4. Saúde-Mental: Bem-estar e Sintomas Psicopatológicos na Adolescência	19
2.5. Síntese Integrativa	24
3. Metodologia	25
3.1. Objetivos	25
3.2. Amostra	26
3.3. Instrumentos utilizados	28
3.3.1. Inventário de Vinculação aos Pais e Pares (IPPA).....	29
3.3.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	30
3.3.3. Escala de Autocompaixão (<i>Self-Compassion Scale</i>).....	31
3.3.4. Escala de Bem-estar (Mental Health Continuum Short Form).....	32
3.4. Consistência interna	33
3.5. Procedimentos	36
4. Análise dos Resultados.....	37
5. Discussão.....	51
6. Conclusão.....	58
7. Bibliografia	61

Tabelas

Tabela 1. *Caracterização sociodemográfica dos participantes.*

Tabela 2. *Consistência Interna para a subescala de vinculação aos pares (IPPA).*

Tabela 3. *Consistência Interna para a escala de autocompaixão (SCS).*

Tabela 4. *Consistência Interna para a escala de bem-estar (MHC).*

Tabela 5. *Consistência Interna para o BSI.*

Tabela 6. *Diferenças nas médias em função do sexo – teste t de Student.*

Tabela 7. *Diferenças nas médias em função do Estado de Relacionamento – teste t de Student.*

Tabela 8. *Coefficientes de correlação de Spearman entre as dimensões da vinculação e as variáveis sociodemográficas ordinais.*

Tabela 9. *Sumário da Regressão Hierárquica Múltipla para o estudo das variáveis preditoras da Comunicação.*

Tabela 10. *Coefficientes de regressão na variável dependente Comunicação*

Tabela 11. *Sumário da Regressão Hierárquica Múltipla para o estudo das variáveis preditoras da Confiança*

Tabela 12. *Coefficientes de regressão na variável dependente Confiança*

Tabela 13. *Sumário da Regressão Hierárquica Múltipla para o estudo das variáveis preditoras da Alienação*

Tabela 14. *Coefficientes de regressão na variável dependente Alienação*

Anexos

Anexo A- Instrumentos

- Escala de Autocompaixão (SCS-A)
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)
- Escala de Saúde Mental (MHC-SF)
- Inventário de Vinculação aos Pais e Pares (IPPA)

Anexo B- Pedido de autorização

Anexo C- Consentimento Informado

Anexo D- Coeficientes de correlação de *Pearson*

- D1- Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões da vinculação e a saúde mental
- D2- Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões da vinculação e da autocompaixão

1. Introdução

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte representa o enquadramento teórico e a segunda parte apresenta um estudo empírico, centrado nos conceitos de vinculação na adolescência, a autocompaixão, o bem-estar e sintomas psicopatológicos.

O termo vinculação surgiu nos trabalhos de John Bowlby, o pai da Teoria da Vinculação, e tem subjacentes os fundamentos da Psicanálise, ao mesmo tempo que incorpora conceitos e métodos da Etologia, Biologia e Psicologia do Desenvolvimento.

Mary Ainsworth é considerada coautora de Bowlby, por ter levado a cabo uma investigação acerca das relações mãe-criança e pelo desenvolvimento de uma metodologia de avaliação dos tipos de vinculação (Silva, 2014). A vinculação é habitualmente definida como uma ligação afetiva duradoura e com uma intensidade substancial (Armsden & Greenberg, 1987).

O período da adolescência constitui-se num processo dinâmico (Ferreira & Nelas, 2006) de mudança, desafio e potencial (Brinthaup & Lipka, 2002) que poderá pôr em causa o bem-estar dos sujeitos e se associar ao aparecimento de sintomas psicopatológicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é vista como um período biopsicossocial de modificações corporais e adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta (Ferreira & Nelas, 2006).

A autocompaixão, pouco investigada na adolescência, poderá revelar-se uma estratégia protetora (alternativa ou complementar) do bem-estar, neste período de desenvolvimento (Cunha, Xavier, Castilho, 2016; Neff, 2011). Tal deve-se ao facto de, face a acontecimentos e aspetos percecionados como negativos e desagradáveis, indivíduos com níveis elevados de autocompaixão tenderem a ser mais calorosos e compreensivos em relação a si mesmos, não se envolvendo em tantas avaliações autocríticas exageradas, duras e persistentes; percecionarem emoções dolorosas e de *distress* como partes inevitáveis da experiência humana, não as suprimindo ou perpetuando, mas antes as aceitando; adotarem uma perspetiva equilibrada no que

respeita a emoções desagradáveis relevantes para o *self*, consciencializando a experiência do momento presente tal como ela é (Neff, 2003a, 2003b, 2008; Neff & McGehee, 2010).

Neste sentido, o principal objetivo da presente investigação consistiu em analisar as possíveis relações entre a vinculação, a autocompaixão, os sintomas psicopatológicos e o bem-estar nos adolescentes, com idades compreendidas entre os 14-18 anos.

Relativamente à estrutura do presente trabalho e organização dos respetivos conteúdos, no Capítulo 2, referente ao enquadramento conceptual, procurou-se abordar os principais modelos da vinculação, do bem-estar, da autocompaixão, da psicopatologia, alguns dos estudos empíricos associados e, em particular, enquadrar estes constructos e a sua relevância na adolescência.

No Capítulo 3, metodologia, procedeu-se à concretização propriamente dita do estudo, desenhando os objetivos, as questões de investigação e hipóteses, caracterizando, ainda, a amostra, os instrumentos utilizados e o procedimento de recolha e análise de dados. No Capítulo 4, apresentam-se os resultados obtidos. Por fim, o Capítulo 5, que incide na discussão e o capítulo 6 onde são debatidos estes resultados, apresentadas as principais conclusões, implicações e limitações do estudo e concedidas sugestões para investigações futuras.

2. Enquadramento Conceptual

2.1. Vinculação

É no final da década de 70 do século XX que o conceito de vinculação (na infância e mais recentemente na adolescência) se torna relevante. O interesse por este termo surge na sequência dos trabalhos desenvolvidos por Bowlby (1969, 1973, 1980, 1982) e Ainsworth (1963, 1964, 1977).

Bowlby (1969) define, assim, a vinculação como um agrupamento complexo de situações que envolvem uma regulação da segurança. Assim, nesta relação, existe uma figura vinculada, que é a figura que procura a proteção de uma figura de vinculação. Desta última figura espera-se que seja mais forte e que tenha mais capacidades para se confrontar com o mundo, proporcionando segurança, conforto ou ajuda à figura vinculada.

A base da vinculação é o comportamento de vinculação, que se traduz num conjunto de comportamentos que resultam da proximidade e segurança entre as duas figuras (Scroufe et.al., 1977).

A figura de vinculação não está apenas presente na infância, alonga-se a toda a vida do sujeito (Bowlby, 1982).

Esta inicia, geralmente, por ser um dos progenitores, contudo é normativo que, mais tarde, sejam os amigos e, posteriormente, para o parceiro amoroso, mas esta transição não é simples e, em alguns casos, a figura de vinculação mantém-se, em alguns sujeitos, os pais nunca foram esta figura, assumindo outras pessoas significativas este papel (Pinto, 2009).

A vinculação é, segundo Bowlby (1969), um processo vital na ontogenia humana, não só porque aumenta a probabilidade de sobrevivência na infância, mas também porque otimiza o desenvolvimento adaptável da personalidade, ao longo da vida.

Os estudos referentes à teoria da vinculação surgem no final da 2.^a Guerra Mundial. Neste período, tornou-se importante avaliar as consequências da perda e separação da criança pequena e os resultados que estas poderiam ter no seu desenvolvimento (Guedeney & Guedeney, 2004).

Os autores pioneiros nos estudos referidos são Bowlby (1985) e Ainsworth (1989), que defendem que o vínculo desenvolve laços afetivos, numa primeira fase entre a criança e o seu progenitor e, mais tarde, entre adultos.

As formas de comportamento e os laços que os bebés desenvolvem não se cingem ao período da infância, ficam presentes e ativos, ao longo de todo o seu ciclo vital.

A teoria desenvolvida por Bowlby defende que as experiências que a criança vivencia, no meio familiar, são determinantes para o desenvolvimento da personalidade e para a qualidade do desenvolvimento individual. Estas relações e laços que a criança vive e cria irão, posteriormente, afetar o modo como o indivíduo analisará as suas relações interpessoais, ao longo de toda a sua vida.

A qualidade da vinculação pode ser classificada em segura e insegura (Bowlby, 1988). Verifica-se uma relação de vinculação segura, quando a criança confia na figura de vinculação como uma fonte disponível de segurança e conforto em situações de carência. Pelo contrário, as crianças com uma vinculação insegura têm dúvidas em relação à receptividade dos cuidadores, receando que estes não respondam ou reajam de uma forma

inoperante às suas necessidades. Podem também demonstrar raiva em relação aos cuidadores pela sua falta de responsividade.

O conceito de base seguro remete para a ideia de que se confia que a figura protetora estará acessível e disponível, seja qual for a idade do indivíduo. Depreende-se, desta forma, que a proximidade física necessária da figura cuidadora, no início da vida, está associada à sua acessibilidade. Assim, é possível afirmar que uma criança que construiu uma base segura nos primeiros anos de vida, pode explorar o mundo que a rodeia, sabendo que tem a figura de vinculação disponível se dela necessitar, nomeadamente em situação de perigo (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Investigações longitudinais têm evidenciado, em geral, resultados desenvolvimentais mais favoráveis associados a uma vinculação segura, ao nível da competência pessoal (autoestima, autoconfiança, resiliência, competências cognitivas e sociais), da competência com os pares (reciprocidade, empatia, resolução de conflitos) e com os adultos (obediência às normas, autonomia), bem como ao nível das perceções e expectativas destes face à criança/adolescente. Em contrapartida, a vinculação insegura prediz um funcionamento mais problemático em diversos níveis, por exemplo, com os pares (conflitos, dependência, hostilidade, punição ou vitimização), em termos de alteração de humor, sintomatologia ansiosa, depressão e agressão durante a infância e adolescência (Soares, 2001).

2.2.Vinculação na Adolescência

A adolescência caracteriza-se como um processo de transformação, com mudanças ao nível físico, psicológico, cognitivo e sociocultural, confrontando-se o adolescente com a definição da própria identidade e autonomia. Numerosos fatores são suscetíveis de influenciar os comportamentos juvenis, nomeadamente, fatores de natureza individual (autoconceito, depressão e stress) e fatores socioculturais relacionados com a família, a escola ou o grupo de pares. Na adolescência, o indivíduo começa a transferir o comportamento de vinculação que aprendeu na infância às novas situações sociais e aos grupos de pares (Sampaio, 1993).

Para os adolescentes/jovens, a convivialidade com os amigos é de extrema importância e os comportamentos individuais são influenciados pelas normas dos grupos de pares. É no grupo que a criança conquista, desde cedo, habilidades sociais e, através do desenvolvimento da comunicação, ganha maior controle dos impulsos agressivos e interioriza valores morais. Os pares tendem, entre si, a criticar ideias, a descobrir e a elaborar as suas próprias opiniões, pelo que não surpreende que a amizade seja crucial para o desenvolvimento de habilidades sociais, como a cooperação, a imitação, a competência de responder e atender, adequadamente, às necessidades dos outros e a resolução de conflitos (Bukowski, 2001).

Neste sentido, todas as interações são processos proximais, relevantes para o autoconhecimento e para a saúde mental individual e servem de modelo e/ou base segura para todas as trocas e relações sociais, ao longo do ciclo vital. A socialização na adolescência ocorre, em grande parte, distante da supervisão dos adultos, proporcionando o desenvolvimento de normas e valores que podem conduzir à emergência de comportamentos desviantes.

A construção de novas vinculações, durante a adolescência, é um processo que tem sido muito pouco aprofundado, no plano empírico, e sobre o qual a Teoria da Vinculação é relativamente omissa. Se bem que, por diversas ocasiões, Bowlby tenha sublinhado o facto de o sistema de vinculação continuar a ser ativado, ao longo de todo o ciclo de vida, são poucas as referências, na sua obra, aos processos e mecanismos que operam a transição em direção a novas figuras de vinculação, que se inicia, de forma mais marcada, no período da adolescência.

Para Armsden e Greenberg (1987), a relação entre os laços existentes entre a família, a personalidade e o bem-estar do sujeito tem vindo a ter um interesse crescente, ao longo das últimas décadas. Os mesmos autores referem, ainda, que, recentemente, há também um reconhecimento cada vez maior da importância das relações extrafamiliares, ao longo da infância e da adolescência.

Neste sentido, no caso particular da adolescência, o indivíduo deve ser compreendido considerando, acima de tudo, que se encontra numa fase de transição em que este se revela particularmente vulnerável, devido às pressões internas (psicológicas e emocionais) e externas (pelos pais, pares e pela sociedade em geral) das quais é alvo (Coleman, 2011).

Nesta fase, o adolescente reivindica pela sua autonomia e individualidade, apesar de ainda ser profundamente dependente do quadro familiar da sua infância (Braconnier & Marcelli, 2005). Na verdade, “a conflitualidade faz parte do movimento psicoafectivo do adolescente.” (Braconnier & Marcelli, 2005, pp. 454).

Assim, a qualidade de vinculação aos pais e aos pares por parte do adolescente relaciona-se de uma forma preponderante com o bem-estar do sujeito, sendo fulcral no enfrentamento das tarefas impostas pela adolescência, bem como para o ajustamento psicológico dos mesmos (Armsden & Greenberg, 1987).

A investigação levada a cabo por Armsden e Greenberg (1987) demonstrou que os adolescentes que evidenciavam uma elevada segurança às figuras de vinculação, conseqüentemente, demonstravam ter uma maior satisfação consigo próprios, uma maior tendência para procurar suporte social e menos respostas sintomáticas aos eventos de vida stressantes.

Em Portugal, estudos com adolescentes mostraram que uma vinculação segura, índices maiores de comunicação e confiança reportam maior satisfação com a vida e mais sentimentos de competência pessoal. Valores elevados de alienação, indicadores de vinculação insegura, associam-se negativamente a estas variáveis. Outro estudo da mesma equipa mostrou que índices maiores de alienação e mais baixos de comunicação se associam a sintomatologia depressiva e ansiosa (Machado et al., 2008). Como afirmam Mota e Matos (2008), a qualidade da relação de vinculação ganha ainda maior relevância, se porque irá manifestar nas relações futuras.

Ao longo da adolescência, a qualidade da relação adolescentes-pais modifica-se, devido ao desenvolvimento cognitivo e ao alargamento relacional característico desta fase. Os pares significativos podem também servir funções de vinculação, remetendo os pais para um segundo plano (Reitz et al., 2006).

Portanto, verifica-se que as transformações normativas desenvolvimentais na adolescência ativam o *sistema de vinculação* e, analogamente, existe uma oscilação entre este e a ativação do *sistema exploratório* (Bukowski, 2001; Machado et al., 2008). Diversos estudos têm constatado que os adolescentes mais bem adaptados são aqueles que recorrem aos pais, em momentos críticos, corroborando, deste modo, a importância da vinculação aos pais na adolescência e o recurso a estes como fonte segura e de proteção (Machado et al., 2008; Machado e Oliveira, 2007; Neves, Soares e Silva, 1999).

De facto, as investigações epidemiológicas têm evidenciado que as relações com os pais e pares são importantes no desenvolvimento adaptado do adolescente (Aber e Allen, 1987). Neste sentido, os adolescentes com um melhor ajustamento global, sendo menos deprimidos e agressivos, são aqueles que têm uma vinculação segura aos pais e aos pares. De forma inversa, os adolescentes com uma vinculação insegura aos pais e pares apresentam uma pior adaptação social, relatando maiores níveis de agressão e depressão (Armsden & Greenberg, 1987; Laible et al., 2000; Machado e Fonseca, 2009).

2.3. Autocompaixão na Adolescência

A autocompaixão é um construto que tem raízes no pensamento filosófico oriental e, em particular, no Budismo, que diz respeito a uma atitude face ao *self* que tem recebido, recentemente, cada vez mais atenção por parte da psicologia (Neff, 2003a, 2003b). Para melhor compreender o construto, considere-se o significado mais geral de compaixão: envolve ser-se contagiado pelo sofrimento do outro, consciencializando-o, ao invés de o evitar – o que permite que surjam sentimentos calorosos para com o outro e o desejo de aliviar o seu sofrimento (Neff, 2003a, 2003b). Implica, ainda, uma atitude compreensiva, perante as falhas e os erros do outro, sendo estes últimos vistos no contexto de uma falibilidade humana partilhada (Neff, 2003a, 2003b, 2008). A autocompaixão refere-se a quando a compaixão e as capacidades compassivas são dirigidas ao próprio perante sofrimento, devido a falhas e inadequações pessoais, ou devido a fatores externos ao sujeito e circunstâncias de vida que são difíceis de suportar (Neff, 2008 – podendo ser considerada uma estratégia de regulação emocional (Neff, 2003).

Kristin Neff (2003) foi a primeira autora a investigar sistematicamente a autocompaixão, concetualizando-a num conjunto de componentes distintos que se interligam e interagem de forma recíproca: (1) Calor/Compreensão versus Autocrítica, isto é, a tendência para se ser caloroso, amável e compreensivo consigo mesmo, ao invés de se autoflagelar sendo duro, autocrítico ou julgador perante falhas, erros ou inadequações pessoais e momentos de dor, aceitando o facto de se ser um ser humano imperfeito e dirigindo-se a si mesmo numa atitude de apoio e tranquilização; (2) Sentimentos de Condição Humana versus Isolamento, ou seja, a tendência de reconhecer que todas as pessoas, por vezes, falham, cometem erros e sentem-se inadequadas, perspetivando a imperfeição, as dificuldades, e o sofrimento como fazendo parte da

condição e experiência humanas, o que aumenta os sentimentos de ligação e conexão para com os outros, ao invés de alimentar uma percepção e sentimentos de isolamento; (3) *Mindfulness* versus Sobre-identificação, isto é, a tendência para consciencializar com abertura e clareza a experiência no momento presente tal como ela é e de forma equilibrada – sem supressão, evitamento, ruminação ou exagero de aspetos não desejados do *self* ou da vida –, verificando-se uma atitude de aceitação de pensamentos e emoções dolorosos sem uma identificação excessiva do sujeito com estes.

Apesar de o construto ser, frequentemente, apresentado como tendo três componentes que contêm, cada um, um par de componentes que se opõem um ao outro, na realidade, a autora explicita-o como sendo constituído por seis componentes separáveis, mas que interagem, mutuamente, para criarem uma atitude compassiva (Neff, 2003a, 2003b, 2016; Neff et al., 2017) – sendo geralmente mencionado em três componentes por questões meramente heurísticas (Neff, 2016).

Mais especificamente, Neff (2016) defende que ensinar os sujeitos a se tornarem mais autocompassivos envolve auxiliá-los a compreender que, perante o seu sofrimento, podem escolher: (1) a forma como respondem emocionalmente ao mesmo – sendo compreensivos e calorosos consigo mesmos (componente Calor/Compreensão) ou frios e críticos (componente Autocrítica); (2) como é que interpretam cognitivamente a situação – enquanto uma experiência comum aos seres humanos (componente Sentimentos de Condição Humana) ou algo que apenas lhes acontece a si (componente Isolamento); (3) como é que prestam atenção a esse sofrimento – se atentam à experiência, de forma clara e equilibrada (componente *Mindfulness*) ou de forma dramática e exagerada (componente Sobre-identificação). A autocompaixão tem, pois, subjacente um processo de equilíbrio entre estas diferentes formas de relação self-para-self, verificando-se, simultaneamente, mais Calor/Compreensão e menos Autocrítica, mais Sentimentos de Condição Humana e menos Isolamento, e maior *Mindfulness* e menor Sobre-identificação (Neff, 2016). Tudo isto, no seu conjunto, permite espaço para ocorrerem comportamentos proativos e efetivos, no sentido do desenvolvimento pessoal e de tentativas de melhorar determinadas situações (Neff, 2003a, 2003b, 2008; Neff & McGehee, 2010).

De facto, a autocompaixão deve ser diferenciada de autoindulgência (Neff, 2003a, 2003b, 2008). A autocompaixão é associada a uma motivação intrínseca para o crescimento e mudança, pois o sujeito, ao se consciencializar das suas falhas, pode

escolher adotar comportamentos que vão no sentido de um funcionamento ótimo e da saúde (Neff, 2003a, 2003b). Já a autoindulgência se associa à mera procura de sensações de prazer (Neff, 2008) – o que não se traduz necessariamente em bem-estar e saúde psicológicos. Para além disso, há que distinguir a autocompaixão de sentimentos de pena de si próprio, pois, no último caso, os sujeitos tendem a imergir nos seus próprios problemas e a sentir que são os únicos que sofrem no mundo, estando, por isso, presentes sentimentos egocêntricos e de separação face aos outros, o que, muitas vezes, resulta numa amplificação e dramatização do sofrimento pessoal (Neff, 2003a, 2008; Neff & Vonk, 2009).

A autocompaixão, ao invés, assenta numa atitude compassiva e compreensiva face às experiências dolorosas de todos os seres humanos, *self inclusive*, o que permite uma integração equilibrada de preocupação e cuidado com o *self* e com os outros (Neff, 2008).

Apesar de se tratar de um interesse empírico recente, existem evidências que apontam para maior saúde psicológica, bem-estar e resiliência entre sujeitos autocompassivos por comparação àqueles que carecem de autocompaixão (Neff & Vonk, 2009). O construto tem-se demonstrado positivamente correlacionado com a satisfação com a vida, com a inteligência emocional – em particular, com a capacidade de identificar, compreender e discriminar claramente as emoções, assim como regulá-las – e com maiores níveis de conectividade interpessoal (Neff, 2003a). Pelo contrário, tem-se mostrado negativamente correlacionado com autocriticismo, depressão, ruminação, supressão de pensamentos, perfeccionismo neurótico, ansiedade (Neff, 2003a; Neff & Vonk, 2009), comparação social e raiva (Neff & Vonk, 2009).

Enquanto seres sociais, os humanos têm a sua sobrevivência e oportunidades reprodutivas dependentes da forma como se relacionam com os outros e de como é que estes veem e se relacionam com o *self*. Tal leva à necessidade de criar afeto positivo face a si mesmo na mente dos outros – sendo a partir do final da infância e durante a adolescência que a comparação social e uma competição por atratividade social se tornam mais intensas (Gilbert & Irons, 2009). Isto leva, muitas vezes, a sentimentos de vergonha associados a uma perceção de não se ter sido capaz de criar afeto positivo nos outros e que os outros veem o próprio, de forma negativa, o que resulta em autocriticismo e avaliações do *self* enquanto inadequado e, potencialmente, numa autoimagem negativa no geral (Bluth & Blanton, 2015; Gilbert & Irons, 2009).

A autocompaixão poderá ser uma estratégia protetora na adolescência por, ao relacionar-se com a experiência de sentimentos de apoio e calorosos perante erros ou dificuldades (Cunha et al., 2016), auxiliar os jovens a lidar com a experiência de sentimentos e acontecimentos difíceis, dolorosos e de *distress* associados a alguns desafios desta fase de vida, permitindo-os ser menos críticos em relação a si próprios (Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010). A capacidade de enquadrar as experiências difíceis à luz de uma condição humana comum poderá auxiliar os jovens a lidar com o receio da rejeição social e com potenciais sensações de isolamento promovidos pela fábula pessoal, associada a sentimentos de unicidade, para além da componente *mindful* de a autocompaixão prevenir a ruminação obsessiva sobre pensamentos e emoções desagradáveis (Bluth & Blanton, 2015). Pelo contrário, caso estas capacidades de autocompaixão sejam diminutas, poderá ocorrer uma exacerbação de sintomatologia depressiva e ansiosa (Neff & McGehee, 2010). Com efeito, as poucas evidências existentes dentro da escassez de estudos da autocompaixão, na adolescência, sugerem que esta está fortemente relacionada com o bem-estar dos jovens e que poderá ser um alvo de intervenção efetivo perante visões negativas do *self* (Neff & McGehee, 2010).

É sugerido que a autocompaixão é um preditor significativo de saúde mental nos adolescentes e que quanto maior a autocompaixão, menores serão os níveis de depressão, ansiedade (Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010), *stress* percebido, (Bluth & Blanton, 2015; Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) e afeto negativo (Bluth & Blanton, 2015), e maior a conetividade interpessoal (Neff & McGehee, 2010) e a satisfação com a vida (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017). Estes resultados vão ao encontro daqueles encontrados, na idade adulta (Neff & Vonk, 2009). São, ainda, encontradas correlações positivas entre a autocompaixão e o apoio materno, um funcionamento familiar harmonioso (Neff & McGehee, 2010), memórias emocionais positivas (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) e competências de autotranquilização (Cunha et al., 2013), e correlações negativas entre a autocompaixão e as experiências de fábula pessoal (Neff & McGehee, 2010). Dentro do contexto português, Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) foram os primeiros a estudar a autocompaixão em adolescentes tendo, para isso, utilizado a *Self-Compassion Scale* (SCS) (Neff, 2003b) adaptada para a população adolescente portuguesa (Pinto-Gouveia, Cunha, Xavier, & Castilho, 2011).

Os resultados encontrados respeitantes à variação da autocompaixão, em relação ao sexo, vão no mesmo sentido daqueles encontrados na literatura com população adulta (Neff, 2003a; Neff & McGehee, 2010; Neff & Vonk, 2009) e adolescente (Bluth & Blanton, 2015): as raparigas revelam menores níveis de auto-compaixão por comparação aos rapazes. Em particular, as raparigas apresentam-se menos *mindful* no que respeita às suas experiências e mostram maiores níveis de autocrítica, isolamento e sobre-identificação com pensamentos e emoções indesejados e dolorosos (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013). Tal poderá ser explicado por uma tendência de as mulheres serem mais frequentemente autocríticas, acerca de aspetos negativos de si e ruminarem mais persistentemente acerca de experiências de *distress* por comparação aos homens (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Johnson & Whisman, 2013). Já os rapazes se mostraram mais calorosos e compreensivos para consigo mesmos e com uma consciência mais *mindful* (Cunha et al., 2016) – apesar de um primeiro estudo com uma amostra mais pequena não verificar diferenças entre sexos na componente de calor/compreensão (Cunha et al., 2013). No que respeita à componente de condição humana, não se verificam diferenças entre sexos em nenhum dos estudos relativos à população adolescente portuguesa (Cunha et al., 2013).

Em concordância com o primeiro estudo realizado com população adolescente – este correspondente aos EUA e a adolescentes, com idades entre os 14 e os 17 anos (Neff & McGehee, 2010) –, os resultados dos estudos de Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) – com jovens de idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos – não encontraram diferenças nos níveis de autocompaixão em relação à idade. Porém, o trabalho de Bluth e colaboradores (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017) – este também com uma amostra dos EUA – sugeriu que, na adolescência, as raparigas mais velhas apresentam menores níveis de autocompaixão, por comparação a raparigas mais novas e a rapazes de todas as idades. Para além disso, é sugerido por estes autores que quanto menor a autocompaixão, maior o afeto negativo e sintomatologia depressiva, e que esta associação se revela nomeadamente mais forte entre adolescentes mais velhos (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017).

Adicionalmente, as evidências sugerem que, quanto maior a autocompaixão, menores os níveis de ansiedade entre os rapazes, na adolescência final, por comparação às raparigas, nesta mesma fase, o que sugere um efeito protetor especialmente relevante da

autocompaixão, face à ansiedade no sexo masculino, no fim da adolescência (Bluth et al., 2017).

Neste contexto, parece importante que eventuais intervenções para desenvolver competências autocompassivas sejam realizadas, desde o início da adolescência, para tentar evitar que ocorra um declínio da autocompaixão entre a adolescência intermédia e a adolescência final – dando especial atenção às raparigas (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017).

Neff e McGehee (2010) realizaram um estudo que analisa a autocompaixão, numa amostra de adolescentes em comparação com um grupo de jovens adultos, e os resultados evidenciam que os níveis de autocompaixão são similares entre os adolescentes e os jovens adultos, não se verificando diferenças significativas entre os dois grupos. Para ambos os grupos, a autocompaixão é um preditor significativo da saúde mental, com os indivíduos mais autocompassivos a reportarem menores níveis de depressão e ansiedade e maiores níveis de sentimentos de ligação/conexão social. Ainda no mesmo estudo, os autores (Neff & McGehee, 2010) confirmaram que o suporte materno, o funcionamento familiar harmonioso e o estilo de vinculação seguro contribuem positiva e significativamente para predizer a autocompaixão.

2.4. Saúde-Mental: Bem-estar e Sintomas Psicopatológicos na Adolescência

De acordo com a literatura, a saúde mental tem sido definida como a ausência de doenças mentais, como a depressão ou a ansiedade (Keyes, 2005). Alguns estudos mostram que a saúde mental, tal como a doença mental, acarreta importantes consequências no funcionamento individual dos sujeitos e na sociedade (Westerhof & Keyes, 2010). Deste modo, evidencia-se como importante o estudo da saúde mental, para além da ausência de doença mental, ou seja, impõe-se o estudo da saúde mental positiva, que, em conjunto, compõem a saúde mental completa (Keyes, 2010).

O conceito de saúde mental teve origem na psiquiatria, onde os indivíduos eram considerados ou doentes mentais ou mentalmente saudáveis. Esta posição assentava no pressuposto de que as medidas de doença mental e saúde mental consistiam numa dimensão bipolar única (Keyes, 2005; Keyes & Shapiro, 2004). Assim, este conceito encontrava-se definido numa perspetiva psicopatológica, inerente ao modelo

biomédico, no qual a avaliação psicológica consistia principalmente na identificação de indivíduos funcionais e indivíduos disfuncionais (Pais-Ribeiro, 2001). O desejo crescente em prevenir a doença e promover a saúde evidenciou a necessidade de regresso às medidas que diferenciasssem o nível de saúde mental dos sujeitos, em vez de se avaliar apenas a presença ou a ausência de psicopatologia (Pais-Ribeiro, 2001).

Deste modo, a investigação na área tem demonstrado que a saúde mental não inclui apenas a ausência de doença mental, mas também a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva (Keyes, 2002; Keyes & Shapiro, 2004; Pais-Ribeiro, 2001).

Inúmeros estudos demonstram que a promoção da saúde mental positiva pode influenciar o desenvolvimento de perturbações como a ansiedade e a depressão, demonstrando a importância da sua promoção na população (Westerhof & Keyes, 2010). Assim, Keyes (2005) sugere que os investigadores e os médicos devem ter em conta, não só a doença mental, mas também a saúde mental positiva.

Assim, inúmeros autores definem a saúde mental positiva como uma síndrome de sintomas de sentimentos positivos e funcionamento positivo, operacionalizada através de medidas de bem-estar, pelas quais o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, lida com o *stress* normal da vida, trabalha de forma produtiva (Keyes & Shapiro, 2004) e frutífera (WHO, 2005), estabelece relações positivas com outros indivíduos (Keyes & Shapiro, 2004) e é capaz de dar um contributo a si ou à sua comunidade (WHO, 2005).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), a saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituírem preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades.

É importante referir que, sem intenção, a pesquisa sobre o bem-estar encontrou um conjunto de sintomas de saúde mental que espelha o conjunto de sintomas utilizados no DSMV-5 para diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (Keyes, 2002). Da mesma forma que a depressão implica humor depressivo, anedonia e mau funcionamento (Keyes, 2002), a saúde mental positiva implica sintomas hedónicos ou vitalidade emocional, sentimentos positivos em relação à vida e presença de sintomas de funcionamento positivo.

O estado de *flourishing* consiste numa combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo na vida, que se reflete no bem-estar psicológico e no bem-estar social (Keyes et al., 2010). Por outro lado, os indivíduos também podem ser diagnosticados como *languishing*, que é definido como um estado de saúde mental, no qual o indivíduo apresenta baixos níveis de bem-estar, embora não se encontre deprimido (Keyes et al., 2010).

Neste sentido, para que os indivíduos sejam diagnosticados com *languishing*, estes devem apresentar baixos níveis, numa das duas escalas de bem-estar emocional e baixos níveis em seis das onze escalas de funcionamento positivo (Keyes et al., 2010).

Os adultos que apresentam saúde mental moderada não preenchem nem os critérios de *flourishing* nem de *languishing* (Keyes, 2002).

Os sintomas hedónicos mostram-se essenciais para o diagnóstico da saúde mental positiva, fazendo com que os indivíduos tenham de manifestar elevados níveis de satisfação ou sentimentos positivos (Keyes, 2005).

Neste sentido, estudos com adolescentes evidenciam que a maioria dos adolescentes se encontra em *flourishing* (44.7%), seguindo-se os adolescentes com saúde mental moderada (38.9%), e, por fim, os adolescentes diagnosticados como *languishing* (16,4%). O sexo masculino apresenta níveis mais elevados, em comparação com o sexo feminino e verifica-se que existe um maior número de rapazes em *flourishing* do que raparigas (Matos et al., 2010). Neste estudo, observou-se, ainda, que os adolescentes mais jovens apresentam níveis mais altos de bem-estar, do que os adolescentes mais velhos (Matos et al., 2010), indo ao encontro dos resultados obtidos por Keyes (2006).

Este autor verificou que o diagnóstico de *flourishing* era mais prevalente entre os adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, e que os jovens, entre os 15 e os 18 anos, apresentavam maior prevalência de saúde mental moderada. Os jovens que se encontram em *flourishing* manifestam menos sintomas depressivos e problemas de conduta e em geral apresentam níveis mais elevados de autoconceito, autodeterminação, proximidade com outras pessoas e integração na escola. Os jovens diagnosticados como *languishing* expressam o oposto.

Keyes e colaboradores (2012), ao estudarem a saúde mental positiva e a doença mental em jovens, entre os 18 e os 30 anos de idade, ou mais, verificaram que a

perturbação mais frequentemente relatada (7.9%) era a Depressão Major, seguindo-se a Ansiedade Generalizada (5.9%) e a Perturbação de Pânico (3.9%).

Neste estudo, a maioria dos jovens encontrava-se em *flourishing* (51.8%), seguindo-se os jovens com saúde mental moderada (44.6%) e, por fim, os jovens em *languishing* (3.6%). Dos estudantes em *languishing*, 49.8% preenche os critérios de Depressão Major, enquanto nos jovens com saúde mental moderada essa percentagem baixa para 11.6% e nos jovens em *flourishing* baixa para 1.7%, o que evidencia a relação entre os níveis de saúde mental positiva e doença mental.

O estudo demonstra, ainda, que a presença de doença mental não implica a ausência de saúde mental moderada ou *flourishing* e que a ausência de doença mental não envolve, igualmente, a presença de saúde mental positiva, o que reforça a ideia de que a saúde mental e a doença mental consistem em eixos distintos de diferentes *continuums*, embora correlacionados.

Portanto, a saúde mental positiva pode ser um preditor ou um fator de risco de doença mental (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010), pelo que a sua promoção e proteção pode reduzir a incidência da doença mental na população (Keyes et al., 2010).

Em suma, a saúde mental deve ser entendida através da presença ou ausência de psicopatologia, bem como a presença ou ausência de saúde mental positiva/bem-estar (Keyes et al., 2010; Keyes & Shapiro, 2004; Pais-Ribeiro, 2001). Como é possível verificar nos estudos supracitados, esta última componente da saúde mental (saúde mental positiva) pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de doença mental (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010), denotando-se crucial a sua promoção e prevenção (Keyes et al., 2010).

Em relação ao bem-estar, este é considerado um tema complexo, existindo, portanto, alguma dificuldade na sua delimitação concetual. Consiste num conceito-chave na noção de saúde (Siqueira & Padovam, 2008) e encontra-se intimamente relacionado com o conceito de felicidade (Albuquerque & Lima, 2007). Embora, atualmente, os indivíduos não despendam muito tempo para refletir acerca dos seus momentos de felicidade ou de completa realização pessoal (Siqueira & Padovam, 2008), há um crescente interesse em estudar os processos implícitos nas experiências de vida felizes, por forma a promover o bem-estar (Albuquerque & Lima, 2007).

Segundo Ryan e Deci (2001), o conceito de bem-estar refere-se ao ótimo funcionamento psicológico e experiências positivas. Para outros autores, o bem-estar compreende o resultado dinâmico das avaliações dos indivíduos acerca das suas relações, as suas condições de vida e o meio envolvente.

Após a 2.^a Grande Guerra Mundial, a Psicologia focou-se principalmente num objetivo corretivo de intervenção na psicopatologia, ofuscando a promoção do bem-estar e o crescimento pessoal (Haydée & Ramón, 2003).

Deste modo, a Psicologia Positiva desempenhou um papel importante na ampliação do foco de interesse da Psicologia, pois visava que esta se debruçasse não apenas sobre a melhoria da psicopatologia, como também sobre o crescimento pessoal, o bem-estar e a promoção do mesmo (Seligman, 2002).

Neste sentido, inúmeras pesquisas científicas sobre bem-estar distinguem duas perspetivas distintas acerca do mesmo, sendo que uma se centra no bem-estar hedónico (ou bem-estar emocional) e outra no bem-estar eudaimónico (bem-estar psicológico) (Albuquerque & Lima, 2007; Keyes & Shapiro, 2004). A saúde mental positiva não é mais do que a avaliação do bem-estar, tendo em conta as suas dimensões – bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social (Keyes, 2007; Keyes & Shapiro, 2004; Westerhof & Keyes, 2010).

Portanto, o bem-estar emocional reflete o bem-estar como prazer ou felicidade (Westerhof & Keyes, 2010) e debruça-se sobre o estudo dos afetos e da satisfação com a vida. Por sua vez, o bem-estar psicológico foca-se no pleno funcionamento das potencialidades (Albuquerque & Lima, 2007; Keyes & Shapiro, 2004; Sequeira & Padovam, 2008; Westerhof & Keyes, 2010) e no crescimento pessoal (Albuquerque & Lima, 2007; Keyes & Shapiro, 2004), através da sua capacidade de pensar, raciocinar e utilizar o bom senso (Sequeira & Padovam, 2008; Westerhof & Keyes, 2010). Por último, o bem-estar social debruça-se sobre a relação entre os indivíduos e o seu meio envolvente.

Atualmente, a investigação revela que o bem-estar será provavelmente melhor concebido como um fenómeno multidimensional, incluindo aspetos de duas abordagens divergentes, mas que, por outro lado, podem intersetar-se e complementar-se como já referido acima: a abordagem hedónica – que foca a felicidade, a satisfação e experiências emocionais positivas, definindo o bem-estar,

em termos do prazer obtido e o evitamento da dor, tipicamente associados ao bem-estar subjetivo – e a abordagem eudaimônica – focada na autorrealização, definindo o bem-estar, em termos do grau em que a pessoa funciona completamente, em prol da atualização do seu potencial humano, estando tipicamente associada ao bem-estar psicológico.

Por outro lado, há também o modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico, sendo este importante, na medida que constitui uma tentativa de integrar as perspectivas atuais da conceitualização do bem-estar (Bizarro, 1999). Numa revisão de literatura às várias conceitualizações e resultados empíricos relativos ao bem-estar, Bizarro (1999) verifica que a maior parte da investigação existente é relativa à população adulta. No entanto, também na adolescência parece relevante estudar as alterações do bem-estar, em particular por se tratar de um período de múltiplas e simultâneas mudanças desenvolvimentistas, a nível físico, cognitivo, social e emocional – muitas delas rápidas, acentuadas, profundas e radicais (Bizarro, 1999), existindo uma vulnerabilidade ao sofrimento aumentada que pode afetar tanto os jovens como os restantes indivíduos que com eles interagem (Ferreira & Nelas, 2006).

No entanto, como referido anteriormente, o bem-estar representa apenas um dos focos da saúde mental, sendo importante o envolvimento da perspectiva psicopatológica, para uma compreensão global do conceito de saúde mental (Westerhof & Keyes, 2010).

2.5.Síntese Integrativa

A adolescência é uma fase de muitas mudanças, um momento transitório que, muitas vezes, não é compreendido pelos adultos que também já foram adolescentes. A formação da personalidade inicia-se na infância e é na adolescência que se estabiliza.

Mesmo no meio de grandes conflitos, tanto de ordem emocional quanto psíquica, este é um momento muito importante durante o “amadurecer”. As transformações sociais, culturais e psicológicas são marcantes até que o adolescente chegue à idade adulta.

A adolescência representa um momento de desenvolvimento do ser humano, sendo inevitável passar por um processo de construção da identidade do indivíduo. A

nova postura social requerida desse jovem, que ainda não é adulto, mas também não é criança, exige dele uma resinificação em todo seu aspeto psíquico, onde ele, muitas vezes, procura um reconhecimento social para conseguir elaborar tantas demandas. É necessário que haja uma reorganização, nas vivências do adolescente, de forma que englobe as experiências sociais e aquelas vividas, no âmbito familiar, pois entende-se que, principalmente, esta última tem primordial importância para que haja equilíbrio e substituições saudáveis enquanto o adolescente passa pelos seus momentos de crise.

Sendo a adolescência uma fase propícia ao aparecimento de patologias, é importante que haja suporte não só familiar, como também dos pares. O facto de o adolescente apresentar níveis elevados de autocompaixão, poderá ser uma forma de atenuar pensamentos mais negativos relativamente a eles próprios e possíveis desenvolvimentos de sintomas psicopatológicos.

Concluindo, a autocompaixão ajuda não só a promover o bem-estar, como também previne o aparecimento de sintomatologia fundamentalmente, nesta fase, que o adolescente ainda está a definir a sua personalidade, ou seja, quanto mais autocompassivos os adolescentes forem, maior bem-estar terão e menor será a probabilidade do aparecimento de sintomas psicopatológicos.

3. Metodologia

3.1. Objetivos

O objetivo principal desta investigação, fundamentada pelo enquadramento teórico apresentado, prende-se com o estudo das variáveis autocompaixão, bem-estar e sintomas psicológicos, através de uma amostra de adolescentes da população portuguesa, tendo em conta os níveis de vinculação aos pares. Outro objetivo desta investigação é contribuir para o estudo das características psicométricas dos instrumentos utilizados.

Mais especificamente, pretende-se caracterizar a distribuição dos níveis de vinculação aos pares, a autocompaixão, o bem-estar e a sintomatologia, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, a escolaridade, o nível socioeconómico e o estado de relacionamento (está a namorar/ não está a namorar).

Além disso, têm-se como objetivos analisar se existe uma relação entre os níveis de vinculação, os níveis de autocompaixão e os níveis de bem-estar e psicopatologia, bem como explorar se a vinculação é preditora de maiores níveis de autocompaixão, bem-estar e menores sintomas.

Deste modo, de acordo com os objetivos estipulados, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- H1: Existem diferenças significativas nas dimensões da vinculação, bem-estar, autocompaixão e sintomatologia em função do sexo;
- H2: Existem diferenças significativas nas dimensões da vinculação, bem-estar, autocompaixão e sintomatologia em função do estado de relacionamento;
- H3: Existem diferenças significativas nas dimensões da vinculação, bem-estar, autocompaixão e sintomatologia em função do nível socioeconómico e da idade;
- H4: Níveis mais elevados na dimensão da comunicação e confiança (e.g. vinculação aos pares) encontram-se relacionados positivamente com os níveis de bem-estar;
- H5: Níveis mais elevados na dimensão alienação (e.g. vinculação aos pares) encontram-se relacionados negativamente com os níveis de bem-estar;
- H6: Níveis mais elevados na dimensão da comunicação e confiança (e.g. vinculação aos pares) encontram-se relacionados positivamente com os níveis de autocompaixão;
- H7: Níveis mais elevados na dimensão alienação (e.g. vinculação aos pares) encontra-se relacionada negativamente com os níveis de autocompaixão;
- H8: Maiores níveis de vinculação aos pares são preditores de maior bem-estar, mais autocompaixão e menor sintomatologia.

3.2. Amostra

Para a realização deste trabalho, recorreu-se ao *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0. De forma a proceder à caracterização da amostra, realizaram-se estatísticas descritivas (frequências relativas e absolutas, médias e desvio padrão). O estudo das propriedades psicométricas das medidas utilizadas foi realizado

através de estudos preliminares da consistência interna das escalas e subescalas, recorrendo ao cálculo do seu *Alpha de Cronbach*.

A amostra utilizada é não probabilística, porque foi recolhida junto das escolas onde a autora deste trabalho e outros colegas estagiários tinham acesso. Ademais, não houve aleatorização dos participantes. A amostra deste estudo agrega um total de 296 estudantes, 153 do género feminino (51,7%) e 143 do género masculino (48,3).

A maioria destes estudantes (75,7%) frequenta, atualmente, o ensino secundário pela via do ensino regular e do ensino profissional, os restantes (24,3%) frequentam ainda o 9.º ano de escolaridade. Quase a totalidade da amostra apresenta nacionalidade Portuguesa, mais precisamente 287 sujeitos (97%).

Tabela 1. *Caracterização da amostra de participantes*

	N	%
Sexo		
Masculino	143	48,3
Feminino	153	51,7
Relacionamento		
Sim	92	31,1
Não	195	65,9
Outro	9	3,0
Nível Socioeconómico		
Baixo	58	19,6
Médio	174	58,8
Elevado	64	21,6
Escolaridade		
9.º	72	24,3
10.º	89	30,1
11.º	87	29,4
12.º	48	16,2
Idade		
	M	DP
	16,31	1,303

Nota: M = Média; DP = Desvio Padrão

N total= 296

Foram, então, administrados os questionários aos alunos, com idades compreendidas entre os 14 anos e 6 meses e os 18 anos de idade, apresentando uma média etária de 16,31 anos (DP=1,303). Observou-se que a maioria dos participantes do estudo não estava, atualmente, num relacionamento (n=195, 65,9%), dos quais 92 dos participantes se encontravam num relacionamento (31,1%) e os restantes 9 responderam a opção “outro” (3%).

Da amostra total e no que respeita ao agregado familiar, ou seja, com quem residem, é de notar que existe uma grande variedade de situações, ainda que a maior parte, 146 (49,3%) desta amostra reside em casa com os pais (inclui a designação madrasta ou padrasto) e irmãos, sendo que 72 dos participantes não têm irmãos e apenas residem com os pais (24,3%) e 39 dos participantes (13,2%) residem em instituições ou com outros familiares, como avós, tios ou primos. Apenas 4 participantes referiram morar apenas com o progenitor masculino (1,4%) e 23, ou seja, 7,8% dos sujeitos responderam que residiam apenas com a mãe.

É ainda de notar que apenas 4 dos participantes (1,4%) referem morar sozinhos e outros 8 referiram pertencer a dois agregados familiares, da mãe e do pai (2,7%).

Analisando o nível socioeconómico, foi possível verificar que a maior parte dos participantes (n=174, 58,8%) se encontra num nível médio, pelo que 58 sujeitos (19,6%) apresentam um nível alto e 64 (21,6%) situam-se num nível baixo.

3.3. Instrumentos utilizados

Neste estudo, para a recolha de dados foi utilizado um inquérito na plataforma *Lime serving* e para além do questionário sociodemográfico foram utilizados os seguintes instrumentos: *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA), *Brief Symptom Inventory* (BSI), *Self-Compassion Scale* (Escala de Auto-Compaixão-SCS). Anteriormente à administração destes instrumentos, enviou-se o consentimento informado aos Encarregados de Educação.

3.3.1. Inventário de Vinculação aos Pais e Pares (IPPA)

No âmbito da investigação, foi utilizado o *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA). A versão original foi criada por Armsden e Greenberg (1987), e foi, posteriormente, traduzida pelo Professor Manuel Geada (Universidade de Lisboa) no primeiro estudo que usou o IPPA, em Portugal, em 1990.

O IPPA é um instrumento de autorrelato multifatorial que pretende avaliar a qualidade de vinculação percebida aos pais e aos pares na adolescência, neste estudo especificamente aos pares, ou seja, avalia a percepção que os adolescentes têm acerca das relações de vinculação estabelecidas com pais e pares nas dimensões cognitivas e afetivas, sendo elas positivas ou negativas e com o objetivo de perceber a forma como o adolescente se sente seguro ou não relativamente a estas figuras.

Desta forma, este inventário avalia os comportamentos cognitivos e os estados emocionais sentidos pelo adolescente, que se referem à confiança, à compreensão, ao respeito mútuo e à acessibilidade/responsividade dessas mesmas figuras, que resultam numa vinculação ou isolamento na sua relação com as mesmas (Armsden & Greenberg, 1987).

O IPPA pode também ser usado como uma medida unifatorial, de forma a classificar os sujeitos como “seguros”, quando os valores obtidos se situam acima da mediana da amostra, ou “inseguros”, quando os valores obtidos se situam abaixo da mediana da amostra, relativamente às figuras de vinculação: mãe, pai e pares (Armsden & Greenberg, 1987).

Assim, o IPPA é constituído por três escalas diferentes. A primeira é relativa à percepção que o adolescente tem em relação à mãe, a segunda é referente ao pai e a terceira aos pares. Cada escala tem 25 itens, o que perfaz um total de 75, versão revista, que são respondidos numa escala de Likert que varia entre 1 (“nunca ou quase nunca”) e 5 (“sempre ou quase sempre”), apesar de neste estudo apenas ter sido utilizada a escala relativa aos pares. Os sujeitos podem ser classificados em dois grupos extremos: (1) *seguros* e (2) *inseguros*. Neste contexto, os autores referem que se deverá considerar *seguros* em termos de vinculação, quando se obtêm valores acima da mediana, enquanto os *inseguros* devem obter valores abaixo da mediana (Armsden e Greenberg, 1987).

Segundo Armsden e Greenberg (1987), o resultado obtido em cada escala é expressão da percepção que os adolescentes têm acerca da segurança emocional das relações de vinculação que estabelecem com os pais e pares.

Apesar da versão usada nesta investigação ter sido a tradução feita pelo Professor Manuel Geada, no primeiro trabalho realizado, em Portugal (1990), o IPPA foi, posteriormente, adaptado para o contexto português por Neves (1993), com uma amostra que contou com 450 adolescentes igualmente distribuídos em função do sexo e do ano de escolaridade (Neves, Soares & Silva, 1999). Neste mesmo estudo, a análise de consistência interna dos 75 itens que compõem o IPPA, revelou coeficientes de alpha elevados (0.92, 0.95 e 0.93, respetivamente para as escalas mãe, pai e amigos), o que indica uma boa consistência interna para as três escalas (Neves, Soares & Silva, 1999).

Relativamente à análise fatorial efetuada por Armsden e Greenberg (1987), no estudo original, evidenciavam-se três fatores na escala de vinculação aos pais e pares. Esta medida é constituída por três subescalas que avaliam as dimensões Confiança, Comunicação e Alienação, sendo que estas estão associadas a outra medida de carácter mais geral: a Vinculação. A subescala de Confiança mede o grau de compreensão e respeito mútuo, ao passo que a subescala Comunicação mede a qualidade e a extensão da comunicação e, por fim, a subescala de Alienação avalia os sentimentos de raiva e alienação interpessoal sentidos na relação. O cálculo das três dimensões é feito através da soma do resultado obtido em cada item (por ordem inversa ou direta) e, posteriormente, o resultado total de cada escala de vinculação é obtido, através da soma dos valores obtidos nas subescalas de Confiança e Comunicação e, seguidamente, subtração dos valores obtidos nas subescalas de Alienação (Armsden & Greenberg, 1987).

3.3.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Este inventário, *Brief Symptom Inventory-BSI*, originalmente por L. Derogatis em 1982 e posteriormente numa versão portuguesa por Maria Cristina Canavarro em 1999, é um instrumento que avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. É, então, constituído por 53 itens organizados em 9 dimensões (Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão,

Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo), pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentada.

3.3.3. Escala de Autocompaixão (*Self-Compassion Scale*)

A Escala de Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* – SCS) (Neff, 2003); adaptação para adolescentes por Pinto-Gouveia, Cunha, Xavier, e Castilho em 2011, pretende medir a autocompaixão entendida como a capacidade para tolerar o sofrimento com uma atitude calorosa e de aceitação. Esta escala é composta por 26 itens divididos em 6 subescalas: (i) Auto-bondade (5 itens); (ii) Isolamento (4 itens); (iii) Condição humana (4 itens); (iv) Autocrítica (5 itens); (v) *Mindfulness* (4 itens); e (vi) Sobre-Identificação (4 itens). Os sujeitos, tendo em conta a pergunta inicial “Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?”, são solicitados a responder a cada item, de acordo com uma escala de resposta de 5 pontos (1 = “quase nunca”; 5 = “quase sempre”). As pontuações para cada subescala derivam da média da soma dos itens que a compõem. Para o total da escala, as subescalas Isolamento, Auto-crítica e Sobre-identificação são cotadas, inversamente, para que a pontuações mais elevadas correspondem elevados níveis de autocompaixão. A versão portuguesa da Escala de Autocompaixão (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011), aplicada a adultos revelou uma adequada consistência interna, quer para o total da escala ($\alpha = .89$), quer para as subescalas, cujos valores variaram entre 0.78 e 0.84. A estabilidade temporal revelou-se adequada ($r = .78$), após um intervalo temporal de 4 semanas. A consistência interna da versão inglesa original da escala foi elevada com um valor de *alpha de Cronbach* de 0.92 (Neff, 2003a).

Conceptualmente, a escala para adolescentes é a mesma para os adultos. Contudo, tendo em conta as idades dos participantes, os itens foram revistos para serem compreensíveis para este grupo. Assim, a análise e discussão crítica dos itens, que envolveu os autores e um grupo de adolescentes, conduziu à modificação da formulação

de alguns itens, de modo a que a validade de conteúdo de cada item se mantivesse, mas se tornasse mais facilmente compreensível. As diferenças consistem na inclusão, à frente de alguns itens (itens 5 e 12) de um exemplo/frase que ajude a esclarecer o sentido do item, bem como na substituição de palavras ou expressões por outras mais simples (e.g., “tendo” foi substituído por “tenho tendência”; “sinto-me mais separado” por “sinto-me à parte”).

No caso das instruções, foi também alterada a utilização da terceira para a segunda pessoa do singular, facilitando uma linguagem mais amigável e menos formal, bem como foi alterado o formato da escala, para tornar mais claro e fácil o preenchimento da mesma. Assume-se uma perspetiva conservadora que se propunha respeitar a perspetiva teórica subjacente ao desenvolvimento desta escala, pelo que foi mantida a estrutura original da escala. Assim, verificou-se as relações entre itens e dimensões, reproduzindo os procedimentos dos estudos anteriores desde o original até à versão de adaptação portuguesa. A versão final, Escala de Autocompaixão para Adolescentes (SCS-A) é constituída por seis subescalas ou dimensões.

3.3.4. Escala de Bem-estar (Mental Health Continuum Short Form)

O *Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)* é um instrumento de autoresposta, que avalia a saúde mental positiva, ou seja, os sintomas de afeto positivo, autodesenvolvimento e conectividade social. Keyes propôs, em 2002, esta escala com o objetivo de avaliar, num *continuum*, a saúde mental e de identificar diagnósticos categoriais.

Assim, este instrumento é composto por 14 itens que avaliam as dimensões supracitadas (Keyes et al., 2012; Keyes, et al, 2008; Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010). Cada item representa o sentimento de bem-estar, bem como a frequência com que o sujeito experienciou, classificada numa escala tipo likert de 6 pontos, em que 1 representa “nunca” e 6 “todos os dias” (Joshnloo et al., 2013). Assim, os itens encontram-se distribuídos pelas três dimensões, sendo o bem-estar emocional composto pelos itens 1, 2 e 3, o bem-estar social pelos itens 4, 5, 6, 7 e 8 e, finalmente, o bem-estar psicológico pelos itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14 (Matos et al., 2010).

Este instrumento categoriza os indivíduos em três categorias – *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada. Para que estes sejam categorizados como *flourishing* devem pontuar com 5 ou 6 em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo – bem-estar social e bem-estar psicológico. Por seu turno, para que os indivíduos sejam classificados como *languishing* necessitam pontuar com 1 ou 2 em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo. Quando os indivíduos pontuam 3 ou 4 em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo são classificados com saúde mental moderada (Keyes, 2007).

Inúmeros estudos, em diferentes contextos culturais, revelam a validade e confiança deste instrumento de avaliação, confirmando o modelo do duplo contínuo (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011). Portanto, estes resultados corroboram a ideia de que a ausência de psicopatologia não implica necessariamente a presença de sentimentos positivos e um bom funcionamento individual e social, bem como o oposto (Lamers et al., 2011). Estudos realizados confirmam as três dimensões da saúde mental positiva proposta por Keyes, em 2002, bem como a sua aplicabilidade, em diferentes contextos culturais (Joshani et al., 2013; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011).

3.4.Consistência interna

No sentido de avaliar as qualidades psicométricas das escalas utilizadas neste estudo exploratório, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alpha de Cronbach*, para determinar a consistência interna das mesmas.

A consistência interna permite averiguar a existência ou não de variabilidade das respostas dos diversos participantes, permitindo, assim, perceber uma possível correlação entre a escala usada e outras escalas constituídas pelo mesmo número de itens e que avaliem o mesmo constructo. Com este objetivo determinam-se as médias das correlações existentes entre cada um dos itens da escala, o que contribui para o cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*. Este deve apresentar valores acima de 0,80, considerando aceitáveis os índices superiores a 0,60 (Pestana & Gageiro, 2005).

Em relação ao presente estudo, os valores de *alpha* obtidos para a subescala da vinculação aos pares, do IPPA é de 0,845, com um total de 25 itens.

Tabela 2. *Consistência Interna para a subescala de vinculação aos pares (IPPA).*

	Número de itens	Alpha (α)
Vinculação aos pares		
Confiança	10	0,919
Comunicação	8	0,880
Alienação	7	0,753

Observaram-se, assim, valores que variam entre 0,753 (subescala de alienação) e 0,919 (subescala de confiança). Assim, os valores obtidos confirmam as excelentes qualidades psicométricas desta escala.

Na Tabela 3, apresentam-se os resultados do *Alpha de Cronbach* para a escala de autocompaixão (*Self-Compassion Scale*), dividida em 6 subescalas: Autobondade (5 itens); Isolamento (4 itens); Condição humana (4 itens); Autocrítica (5 itens); Mindfulness (4 itens); e Sobre-Identificação (4 itens).

Tabela 3. *Consistência Interna para a escala de autocompaixão (SCS)*

	Número de itens	Alpha (α)
Autobondade	5	0,830
Isolamento	4	0,721
Condição humana	4	0,730
Autocrítica	5	0,759
Mindfulness	4	0,698
Sobre-identificação	4	0,749

Observaram-se, deste modo, valores de consistência interna que variaram de 0,698 (*Mindfulness*) a 0,830 (Autobondade). Estes valores são reveladores das boas qualidades psicométricas da escala utilizada.

A tabela 4 mostra os resultados da consistência interna para a escala de bem-estar (*Mental Health Continuum Short Form*) que avalia três dimensões, o bem-estar emocional composto pelos itens 1, 2 e 3, o bem-estar social pelos itens 4, 5, 6, 7 e 8 e, finalmente, o bem-estar psicológico pelos itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14 (Matos et al., 2010).

Tabela 4. *Consistência Interna para a escala de bem-estar (MHC)*

	Número de itens	Alpha (α)
Escala total	14	0,914
Bem-estar emocional	3	0,869
Bem-estar social	5	0,808
Bem-estar psicológico	6	0,834

Assim, é possível observar que os valores de consistência interna na escala de bem-estar variam entre 0,808 (subescala de bem-estar social) e 0,869 (subescala de bem-estar emocional, excluindo o valor do *alpha* para o total da escala, que por sua vez é bastante elevado ($\alpha=0,914$) o que mostra excelentes qualidades psicométricas da escala *Mental Health Continuum*.

Por fim, a tabela 5 apresenta os resultados da consistência interna do Inventário de sintomas Psicopatológicos (*BSI-Brief Symptom Inventory*), dividido em 9 dimensões (Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo), apresentando a escala total 53 itens e um alpha de Cronbach de 0,979.

Tabela 5. *Consistência Interna para o BSI*

	Número de itens	Alpha (α)
Somatização	7	0,904
Obsessivo-Compulsivo	6	0,837
Sensibilidade Interpessoal	4	0,850
Depressão	6	0,910
Ansiedade	6	0,887
Hostilidade	5	0,849
Ansiedade Fóbica	5	0,828
Ideação Paranoide	5	0,782
Psicoticismo	5	0,819

Observaram-se, assim, valores de consistência interna que variaram de 0,828 (Ansiedade fóbica) a 0,904 (Somatização). Estes valores são reveladores das boas qualidades psicométricas da escala utilizada.

Assim, é possível concluir que todas as escalas utilizadas neste estudo apresentam uma ótima consistência interna pelo que conseqüentemente excelentes qualidades psicométricas.

3.5.Procedimentos

Numa primeira etapa, recorreu-se à apresentação do estudo e de todas as normas éticas que o regulam, bem como um pedido de autorização formalizado, não só às instituições, como também aos encarregados de educação de todos os alunos menores de idade.

Após ter sido autorizada a recolha de dados por parte da entidade responsável de cada instituição (diretores das escolas) e concedida também a autorização dos encarregados de educação, procedeu-se à aplicação, em contexto de sala de aula.

Para participarem no estudo os sujeitos tinham de ter entre 14 anos e 6 meses e 18 anos.

A recolha de dados iniciou-se no mês de maio, terminando no mês de junho e foi apresentado ao Diretor (a)/Conselho Pedagógico de várias escolas do país um documento em que se expôs o âmbito de realização do presente estudo (englobado no 2.º ano do Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento) e onde se solicitou, formalmente, a autorização para aplicação deste estudo, como já mencionado acima.

O estudo foi aplicado na Escola do 3.º Ciclo e Ensino Secundário, como também na Escola Profissional, em turmas do 9.º ao 12.º anos, ou ao ano correspondente no ensino profissional.

Neste seguimento, foi explicado aos alunos o objetivo do estudo e garantiu-se o anonimato e a confidencialidade. Cumpriu-se, desta forma, um imperativo ético fundamental na investigação e avaliação psicológica (Simões, 1995). Foram, ainda, proferidas instruções sobre o preenchimento dos questionários mostrou-se a disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Assim, com o intuito de avaliar as variáveis pretendidas foi elaborado o inventário que incluía diversos instrumentos alguns deles: o questionário sociodemográfico, a escala de bem-estar (*Mental Health Continuum- Short Form*), a escala de Auto-compaixão, o BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) e o IPPA (Inventário de Vinculação aos Pais e Pares).

4. Análise dos Resultados

Para a realização deste trabalho recorreu-se ao *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 21.0, como supramencionado.

As primeiras análises que foram efetuadas, já apresentadas, pretenderam determinar as características dos sujeitos que compõem a amostra e respeitam a estatísticas descritas (i.g., frequências absolutas, médias e desvio-padrão). Realizaram-se também estatísticas de fiabilidade (i.g., *Alpha de Cronbach*) para os instrumentos utilizados na recolha de dados.

Apresentando as variáveis uma distribuição paramétrica (distribuição normal), utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* e os *testes t de Student*. Assim, as hipóteses 1,2 e 3 foram verificadas através de correlações e dos *testes t de Student*, por outro lado, as hipóteses 4, 5,6 e 7 foram testadas através de estatísticas inferenciais (i.g.

análise de regressão). O estudo das correlações, que foi feito anteriormente, permitiu perceber quais as variáveis significativas que deveriam ser introduzidas em cada uma das análises de Regressão Hierárquica Múltipla que foram realizadas.

No sentido de determinar a existência de possíveis diferenças nos valores médios das variáveis IPPA – *Confiança*, IPPA – *Comunicação*, IPPA- *Alienação*, *Autocompaixão* e *Saúde Mental*, devolveram-se testes *t de Student*, cujos resultados apresentam-se, de seguida.

Assim, com o objetivo de dar resposta à H1: Existem diferenças significativas nas dimensões da *vinculação*, *bem-estar*, *autocompaixão* e *sintomatologia* em função do sexo, foi desenvolvido um teste *t* para perceber as diferenças existentes entre o sexo masculino e feminino.

Tabela 6. *Diferenças nas médias em função do sexo – teste t de Student.*

Variáveis	Feminino		Masculino		Teste t de Student	
	M	DP	M	DP	t	p
IPPA- Comunicação	28,84	6,82	26,20	6,47	3,408	0,001*
IPPA- Confiança	39,28	8,82	37,83	7,87	1,486	0,138
IPPA- Alienação	16,21	5,39	17,02	5,02	-1,326	0,186
EAC- Autocompaixão Total	71,44	16,83	80,18	14,09	- 4,824	0,000*
MHC- SF Bem-estar Total	38,66	15,18	43,97	14,20	-3,103	0,002*
BSI- Total de sintomas positivos	35,34	13,86	31,90	15,57	2,012	0,045*

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; $p^* < 0,05$

Da observação do quadro anterior, pode concluir-se que foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos valores médios das variáveis *Comunicação* ($t=3,408$ $p < 0,05$), *Autocompaixão* ($t=-4,824$ $p < 0,05$), *Bem-estar* ($t=-3,103$ $p < 0,05$) e na variável *Total de sintomas positivos* ($t= 2,012$ $p < 0,05$). Observa-se, assim, que, em termos de *comunicação*, o sexo feminino apresenta um valor médio mais elevado ($28,84 \pm 6,82$) do que o sexo masculino ($26,20 \pm 6,47$). Em relação à *Autocompaixão* (*Selfcompassion*), são os participantes do sexo masculino aqueles para o qual o valor médio mais elevado é registado. Foram, assim, observados valores médios de $80,18 \pm 14,09$ para o sexo masculino e $71,44 \pm 16,83$ para o sexo feminino. Na variável *Bem-estar*, tal como na variável *Autocompaixão* foram os sujeitos do sexo masculino que apresentam valores médios mais elevados $43,9 \pm 14,20$ e o sexo feminino valores médios mais baixos $38,66 \pm 15,18$. Em relação aos sintomas positivos, o sexo feminino apresenta um valor médio mais elevado ($35,34 \pm 13,86$) do que o sexo masculino ($31,90 \pm 15,57$).

No sentido de avaliar a possível existência de diferenças estatisticamente significativas nos valores médios das variáveis, em termos de estar ou não estar num relacionamento, desenvolveram-se também testes *t de Student*, para responder à H2: Existem diferenças significativas, nas dimensões da *Vinculação*, *Bem-estar*, *Autocompaixão* e *Sintomatologia*, em função do estado de relacionamento. Neste contexto, foram encontradas diferenças significativas em duas das variáveis analisadas. Ambas as variáveis onde foram encontradas diferenças, *Autocompaixão* e *Bem-estar*, o quem não se encontra num relacionamento apresenta valores médios mais elevados do quem está num relacionamento ($t=-3,130$ $p < 0,05$) ($t=-1,938$ $p < 0,05$), respetivamente. Assim, na variável *Autocompaixão*, observaram-se valores médios mais altos na variável *não estou a namorar* ($77,68 \pm 14,92$) e mais baixos na variável *estou a namorar* ($71,32 \pm 18,23$), na variável *Bem-estar* foi também quem se encontra num relacionamento que obteve valores mais baixos ($38,85 \pm 16,75$) relativamente a quem não se encontra num relacionamento ($42,50 \pm 13,89$).

Todos os valores referidos acima foram registados na seguinte tabela:

Tabela 7. Diferenças nas médias em função do Estado de Relacionamento – teste t de Student.

Variáveis	Estou a namorar		Não estou a namorar		Teste t de Student	
	M	DP	M	DP	t	p
IPPA- Comunicação	27,48	7,45	27,78	6,43	-0,345	0,731
IPPA- Confiança	37,43	9,60	39,29	7,73	-1,753	0,081
IPPA- Alienação	16,76	5,62	16,49	5,12	0,394	0,694
EAC- Autocompaixão	71,32	18,23	77,68	14,92	-3,130	0,002*
MHC- SF Bem-estar	38,85	16,75	42,50	13,89	-1,938	0,054*
BSI- Total de sintomas positivos	34,50	14,59	33,19	14,84	0,699	0,485

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão; $p < 0,05$

Relações entre a Vinculação aos Pares e Variáveis Sociodemográficas

Para verificar a existência de associações entre a vinculação aos pares e as características sociodemográficas dos sujeitos e para dar resposta à H3: Existem diferenças significativas nas dimensões da *Vinculação*, *Bem-estar*, *Autocompaixão* e *Sintomatologia* em função do nível socioeconómico e da idade, utilizou-se um teste não-paramétrico, calculou-se assim os coeficientes de correlação entre as dimensões da vinculação e variáveis ordinais (i.g., idade, nível socioeconómico), utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Tabela 8. *Coefficientes de correlação de Spearman entre as dimensões da vinculação e as variáveis sociodemográficas ordinais*

Variáveis	1	2	3	4	5
1.Idade	-	-0,062	-0,059	-0,053	0,058
2.Nível socioeconómico	-0,062	-	0,105	0,120*	-0,139*
3.Comunicação	-0,059	0,105	-	0,802**	-0,338**
4.Confiança	-0,053	0,120*	0,802**	-	-0,494**
5.Alienação	0,058	-0,139*	-0,338**	-0,494**	-

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

No que concerne aos resultados estatisticamente significativos encontrados, estes indicam que maiores níveis socioeconómicos estão relacionados positivamente com os níveis de confiança ($rs=0.120$ $p \leq 0,05$) e negativamente com os níveis de alienação ($rs=-0.139$ $p \leq 0,05$). Assumem, portanto, alguma significância estatística, ainda que bastante baixa. Relativamente à idade, não se observou nenhum resultado estatisticamente significativo.

Relativamente as dimensões da *Vinculação*, todas elas apresentam entre si uma correlação elevada, a dimensão *Comunicação* está relacionada fortemente com a dimensão *Confiança*, o que indica que, quando os níveis de comunicação aumentam, os níveis de confiança, por sua vez, aumentam também ($rs= 0.802$ $p \leq 0,01$). Por outro lado, quando os níveis de comunicação aumentam os níveis de alienação diminuem, sendo a correlação entre estas dimensões negativa e moderada ($rs=-0,338$ $p \leq 0,05$). No que diz respeito à alienação, esta dimensão está também relacionada negativamente com a dimensão *Confiança*, sendo o coeficiente de correlação também moderado ($rs=-0,494$ $p \leq 0,05$).

Relações entre a Vinculação e a Saúde Mental

Para aferir a existência de relações de associação entre a vinculação aos pares (comunicação, confiança e alienação) e a saúde mental (bem-estar e sintomatologia) calculou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (anexo D1) para cada uma das subescalas de cada instrumento, respondendo, assim, à H4: Níveis mais elevados na dimensão da comunicação e confiança (e.g. vinculação aos pares) encontram-se

relacionados positivamente com os níveis de bem-estar e à H5: Níveis mais elevados na dimensão alienação (e.g. vinculação aos pares) encontram-se relacionados negativamente com os níveis de bem-estar.

No que diz respeito ao fator *Comunicação* confirma-se a existência de associações estatisticamente significativas com as diferentes dimensões do *Bem-estar*. A dimensão *Bem-estar emocional* aparece associada de forma positiva e significativa ($r= 0.270$, $p\leq 0,01$), ainda que relativamente fraca, à *Comunicação*. É de notar, também, a correlação significativa existente entre a comunicação, o *Bem-estar social* ($r= 0.295$, $p\leq 0,01$) e o *Bem-estar psicológico* ($r= 0.330$, $p\leq 0,01$). Isto sugere que quanto mais frequente for a comunicação, maior é o funcionamento psicológico e as experiências positivas, pelo que é expectável que quanto melhor for a comunicação, melhor será a saúde mental positiva e, conseqüentemente, quanto maior for o bem-estar do sujeito melhor será a vinculação aos pares, especificamente a comunicação com os pares.

Na dimensão *Confiança*, tal como na *Comunicação* é possível a associação estatisticamente significativa moderada com as diferentes dimensões do *Bem-estar*. Sendo assim, o *Bem-estar emocional* ($r= 0.305$, $p\leq 0,01$), o *Bem-estar social* ($r= 0.253$, $p\leq 0,01$) e o *Bem-estar psicológico* ($r= 0.279$, $p\leq 0,01$), encontram-se relacionadas positivamente com o fator *Confiança*, bem como o *Bem-estar total* ($r= 0.307$, $p\leq 0,01$). Significa, portanto, que, quando a confiança aos pares aumenta, o bem-estar do sujeito também aumenta. Relativamente à sintomatologia, não existem correlações significativas com a vinculação aos pares.

Quando se trata da *Alienação*, o *Bem-estar emocional* ($r=-0,169$ $p\leq 0,01$) e o *Bem-estar psicológico* ($r=-0,150$ $p\leq 0,01$) assumem alguma significância estatística, ainda que baixa e numa direção negativa, o que indica que, quando os níveis de alienação aumentam, os níveis de bem-estar emocional e psicológico diminuem. Por outro lado, o bem-estar social não apresenta significância estatística, sendo a alienação compreendida como os sentimentos de raiva e alienação interpessoal sentidos na relação é expectável não haver correlação significativa com o bem-estar social.

Em suma, as dimensões da vinculação, *Comunicação* e *Confiança* surgem associadas de forma positiva ao *Bem-estar emocional, social e psicológico*. Pelo contrário, a dimensão *Alienação* surge associada, de forma negativa, ao bem-estar emocional e psicológico, o que confirma as hipóteses de existirem associações positivas

entre os níveis de comunicação e confiança dos sujeitos aos pares e os níveis de bem-estar, e a hipótese de existirem associações negativas entre os níveis de alienação e o bem-estar, não havendo correlações estatisticamente significativas no que diz respeito aos sintomas psicopatológicos.

Relações entre a Saúde Mental e a Autocompaixão

Para aferir a existência de relações da autocompaixão com as variáveis sociodemográficas e os níveis de bem-estar bem como a sintomatologia, calculou-se os coeficientes de correlação de *Pearson*, para cada subescala.

Assim, no que diz respeito à *Autocompaixão*, é de notar a existência de relações não só com a saúde mental (dimensões do bem-estar e sintomas psicopatológicos), bem como com algumas variáveis sociodemográficas. Assim, a idade ($r = -0,166$ $p \leq 0,01$) assume alguma significância estatística, ainda que baixa e numa direção negativa com a autocompaixão, o que pressupõe que, quando a idade aumenta a autocompaixão diminui, ou seja, quanto mais novos os indivíduos, mais autocompassivos. Em relação ao nível socioeconómico ($r = 0,118$ $p \leq 0,05$), é possível observar, também, uma relação com a autocompaixão, apesar de ser numa direção positiva é estatisticamente significativa, mas fraca.

Quando se trata da saúde mental, o bem-estar emocional ($r = 0,550$ $p \leq 0,01$), o bem-estar social ($r = 0,537$ $p \leq 0,01$) e o bem-estar psicológico ($r = 0,515$ $p \leq 0,01$) assumem uma significância estatisticamente significativa moderada, numa direção positiva. E relação aos sintomas psicopatológicos, não existem correlações significativas no que toca à autocompaixão, o que não era expectável, visto que segundo vários estudos é possível observar que, quando os indivíduos são mais autocompassivos apresentam menores sintomas psicopatológicos, o que não foi possível observar. O bem-estar total ($r = 0,592$ $p \leq 0,01$), também apresenta uma relação moderada o que é expectável, visto que as três dimensões também apresentam.

No que diz respeito às dimensões da autocompaixão, foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas com a *Autobondade (Selfkindness)* ($r = 0,775$ $p \leq 0,01$), o *Mindfulness* ($r = 0,735$ $p \leq 0,01$) e a *Condição Humana (Common Hummanity)* ($r = 0,594$ $p \leq 0,01$). Conclui-se, assim, que os participantes que manifestam

maior autocompaixão, manifestam valores médios também mais elevados na *Autobondade*, no *Mindfulness* e na *Condição humana*.

Por outro lado, apresentam valores médios também elevados, mas no sentido negativo em relação à Autocrítica (*Selfjudgement*) ($r = -0,764$ $p \leq 0,01$), ao isolamento (*Isolation*) ($r = -0,697$ $p \leq 0,01$) e à Sobre-identificação (*Over-Identification*) ($r = -0,743$ $p \leq 0,01$). Isto indica que as correlações são estatisticamente significativas fortes e no sentido negativo. Por exemplo, quando os indivíduos estão mais isolados a autocompaixão, por sua vez, diminui, o mesmo acontece com a autocrítica e com a Sobre-identificação, quando estas aumentam a autocompaixão dos participantes diminui.

Relações entre a Vinculação e a Autocompaixão

Para aferir a existência de relações de associação entre a vinculação aos pares (comunicação, confiança e alienação) e a autocompaixão, calculou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (anexo Tabela D2) para cada uma das subescalas de cada instrumento, respondendo, assim, às hipóteses, H6: Níveis mais elevados na dimensão da comunicação e confiança (e.g. vinculação aos pares) encontram-se relacionados positivamente com os níveis de autocompaixão e H7: Níveis mais elevados na dimensão alienação (e.g. vinculação aos pares) encontra-se relacionada negativamente com os níveis de autocompaixão.

Na dimensão *Comunicação*, confirma-se a existência de três associações estatisticamente significativas fracas com a autocompaixão. Assim, o *Mindfulness* ($r = 0,203$ $p \leq 0,01$), a *Humanidade Comum* ($r = 0,279$ $p \leq 0,01$) e a *Autobondade* ($r = 0,279$, $p \leq 0,01$), relacionam-se, de forma positiva, com a comunicação.

Em relação à dimensão *Confiança*, é possível observar, tal como na comunicação, a existência de três associações estatisticamente significativas e relativamente fracas com o *Mindfulness* ($r = 0,256$, $p \leq 0,01$), com a *Humanidade Comum* ($r = 0,238$ $p \leq 0,01$) e com a *Autobondade* ($r = 0,258$ $p \leq 0,01$), tal como na comunicação.

Por outro lado, a dimensão *Alienação* encontra-se relacionada positivamente e estatisticamente significativa com *Sobre-identificação* ($r = 0,262$ $p \leq 0,01$), com o *Isolamento* ($r = 0,380$ $p \leq 0,01$) e com o *Autocrítica* ($r = 0,293$ $p \leq 0,01$) moderadamente. Deste modo, é possível concluir que a comunicação e a confiança apresentam correlações com três dimensões da autocompaixão, enquanto a alienação encontra-se relacionada com as outras três dimensões.

Respondendo às hipóteses 6 e 7, conclui-se que as dimensões da vinculação (*Comunicação e Confiança*) relacionam-se de forma positiva com a autocompaixão ($r = 0,133$ $p \leq 0,01$) ($r = 0,211$ $p \leq 0,01$) sendo que *Alienação*, por outro lado, se relaciona no sentido negativo com a autocompaixão ($r = -0,216$ $p \leq 0,01$), o que indica que níveis mais elevados de alienação relacionam-se negativamente com os níveis de autocompaixão.

Preditores da Vinculação - Comunicação

A fim de testar a H8: Maiores níveis de vinculação aos pares são preditores de maior bem-estar, mais autocompaixão e menor sintomatologia, foram realizadas análises de Regressão Hierárquica Múltipla para cada dimensão da vinculação, da autocompaixão e da saúde mental (bem-estar e sintomatologia psicológica).

O critério de inclusão de variáveis predictoras para cada uma das variáveis de resultado da *Vinculação* (i.g., *Comunicação, Confiança e Alienação*) prende-se com a significância estatística encontrada nas correlações anteriormente feitas, de forma a verificar se as variáveis da *Autocompaixão* e da *Saúde Mental* são capazes de prever a vinculação (comunicação, confiança e alienação).

Atendendo à natureza da hipótese colocada, no bloco 1, foram introduzidas as variáveis da *Autocompaixão* e, no bloco 2, as variáveis do *Bem-estar*, visto não haver correlações significativas com a *Sintomatologia*.

O resumo dos resultados obtidos para a variável de resultado *Comunicação* são apresentados na Tabela 9. O bloco 1 evidencia um poder explicativo da variância significativo de 15,8%, $R^2=0.158$. Quando as variáveis do *Bem-estar* são introduzidas no Bloco 2, a variância explicada aumenta para 22,3%, $R^2=0.223$.

Tabela 9. *Sumário da Regressão Hierárquica Múltipla para o estudo das variáveis preditoras da Comunicação*

<i>Modelo</i>	Estatísticas de mudança				
	R ²	R ² ajustado	ΔR ²	ΔF	Δp
1 ¹	0,398	0,158	0,158	7,725	0,000
2 ²	0,472	0,223	0,065	7,961	0,000

Variável Dependente: *Communication*

No modelo 2, após introduzir as variáveis do bem-estar, observa-se que a *Autobondade* ($\beta= 0.508$, $p \leq 0.001$) é o fator com maior poder preditivo, seguido da *Humanidade Comum* ($\beta=0.399$, $p \leq 0.001$) e o *Mindfulness* ($\beta=0.248$ $p \leq 0.001$). Apesar da tendência fraca para o *Isolamento* ($\beta=0.385$ $p \leq 0.001$) e para a *Autocrítica* ($\beta=0.273$ $p \leq 0.001$), ambos apresentam poder preditivo.

Quando são controlados os efeitos da *Autocompaixão* o modelo explica 6,5%, $\Delta R^2=0.065$ da variância total na *Comunicação*, pelo que se conclui que são as variáveis da *Autocompaixão* que explicam a maior parte da variância na *Comunicação*. Ao todo a função de regressão explica 22,3% da variância na *Comunicação*, $R^2=0.223$, $F(7,725) = 7,961$, $p \leq 0.001$.

¹ Preditores: (constante): *Mindfulness, Isolation, Common Humanity, Self-Judgement, Self-Kindness, Over Identification, Self- Compassion*

² Preditores: (constante): *Mindfulness, Isolation, Common Humanity, Self-Judgement, Self-Kindness, Over Identification, Self- Compassion, mhc_pwb, mhc_swb, mhc_ewb*

Tabela 10: *Coefficientes de regressão na variável dependente Comunicação*

Modelo 2	B	Beta	T	p
Autocompaixão	-0,560	-1,335	-1,953	0,052
Autobondade	0,802	0,508	2,503	0,013
Autocrítica	-0,451	-0,273	-1,241	0,215
Humanidade Comum	0,807	0,399	2,539	0,012
Isolamento	-0,731	-0,385	-2,511	0,013
Sobre-identificação	0,017	0,009	0,054	0,957
<i>Mindfulness</i>	0,533	0,248	1,507	0,133
Bem-estar Emocional	0,112	0,057	0,701	0,484
Bem-estar Social	0,074	0,067	0,833	0,406
Bem-estar Psicológico	0,218	0,227	2,714	0,007

Preditores da Vinculação- Confiança

O resumo dos resultados obtidos para a variável de resultado *Confiança* são apresentados na Tabela 10. O bloco 1 (apenas as variáveis da autocompaixão) evidencia um poder explicativo da variância significativo de 11%, $R^2=0.110$.

Quando as variáveis do *Bem-estar* são introduzidas no Bloco 2, a variância explicada aumenta para 14,8%, $R^2=0.148$.

Tabela 11. *Sumário da Regressão Hierárquica Múltipla para o estudo das variáveis predictoras da Confiança*

<i>Modelo</i>	R^2	R^2 ajustado	ΔR^2	Estatísticas de mudança	
				ΔF	Δp
1	0,110	0,089	0,110	5,101	0,000
2	0,148	0,118	0,038	4,189	0,006

Variável Dependente: *Confiança*

Pela observação da tabela anterior, observa-se que o primeiro modelo de variáveis, relativo às variáveis da *Autocompaixão*, explica aproximadamente 8,9% da variação na *Confiança*.

O segundo bloco de variáveis que entrou no modelo diz respeito às variáveis do *Bem-estar* (bem-estar emocional, social e psicológico) explica aproximadamente 11,8% da variância da variável *Confiança*. Apesar de reduzido, trata-se de um contributo estatisticamente significativo ($p = 0.000$). Quando são controlados os efeitos da *Autocompaixão* o modelo explica 3,8%, $\Delta R^2 = 0.038$ da variância total na *Confiança*, pelo que se conclui que são estas as variáveis que explicam a maior parte da variância na *Comunicação*. Ao todo, a função de regressão explica 11,8% da variância na *Confiança*, $R^2 = 0.118$, $F(5, 101) = 4.189$, $p \leq 0.001$.

Na tabela seguinte, apresentam-se os coeficientes relativos à regressão linear, considerando a *Confiança* como variável dependente.

Tabela 12: *Coefficientes de regressão na variável dependente - Confiança*

Modelo 2	B	Beta	T	p
Autocompaixão	-0,164	-0,315	-0,440	0,660
Autobondade	0,324	0,166	0,780	0,436
Autocrítica	-0,036	-0,018	-0,077	0,938
Humanidade	0,322	0,129	0,782	0,435
Comum				
Isolamento	-0,512	-0,218	-1,354	0,177
Sobre-identificação	0,322	0,134	0,787	0,432
Mindfulness	0,409	0,154	0,893	0,373
Bem-estar Emocional	0,404	0,166	1,957	0,051
Bem-estar Social	0,006	0,004	0,051	0,960
Bem-estar Psicológico	0,113	0,095	1,087	0,278

Pela análise dos resultados da tabela anterior, conclui-se, relativamente a todos os preditores, que as variáveis não apresentam um valor explicativo estatisticamente significativo.

De acordo com o modelo, o *Isolamento* ($\beta=0,218$ $p\leq .001$) e a *Autocrítica* ($\beta=0,018$, $p\leq .01$) reduzem a *Confiança*, já a *Autobondade* ($\beta=0,166$ $p\leq .05$), a *Humanidade Comum* ($\beta=0,129$ $p\leq .05$), a *Sobre-identificação* ($\beta=0,134$ $p\leq .05$), o *Mindfulness* ($\beta=0,154$ $p\leq .05$) e o *bem-estar emocional* ($\beta=0,166$ $p\leq .05$) contribuem para o seu aumento.

Preditores da Vinculação- *Alienação*

O resumo dos resultados obtidos para a variável de resultado *Alienação* são apresentados na Tabela 12. O bloco 1, apenas as variáveis da *Autocompaixão*, evidencia um poder explicativo da variância significativo de 17,9%, $R^2=0,179$.

Quando as variáveis do *Bem-estar* são introduzidas no Bloco 2, a variância explicada aumenta para 19,3%, $R^2=0,193$.

Tabela 13: *Sumário da Regressão Hierárquica Múltipla para o estudo das variáveis predictoras da Alienação*

Modelo	Estatísticas de mudança				
	R ²	R ² ajustado	ΔR^2	ΔF	Δp
1	0,179	0,159	0,179	8,991	0,000
2	0,193	0,164	0,013	1,585	0,193

Variável Dependente: *Alienação*

Pela observação do quadro anterior, observa-se que o primeiro modelo de variáveis (relativo às variáveis da autocompaixão) explica aproximadamente 15,9% da variação na *Alienação*. O segundo modelo de variáveis que entrou no modelo diz respeito às variáveis do *Bem-estar*, explica aproximadamente 16,4% da variância da variável *Alienação*.

Os resultados encontrados dos coeficientes para a dimensão *Alienação* são apresentados na Tabela 14.

De acordo com o modelo, a *Autocrítica* ($\beta=0,265$ $p\leq .001$) e a *Sobre-identificação* ($\beta=0,265$ $p\leq .01$) e o *bem-estar psicológico* ($\beta=0,139$ $p\leq .001$) reduzem a *Alienação*, já o *Isolamento*, por sua vez, contribui para o seu aumento ($\beta=0,229$ $p\leq .001$).

Quando são controlados os efeitos das variáveis da *Autocompaixão*, o modelo explica 16,4%, $\Delta R^2=.164$ da variância total na dimensão da *Alienação*, pelo que, mais uma vez, se conclui que são as variáveis da *autocompaixão*, que explicam a maior parte da variância. Ao todo a função de regressão explica 19,3% da variância na *Alienação*, $R^2=0,193$.

Tabela 14: *Coefficientes de regressão na variável dependente - Alienação*

Modelo 2	B	Beta	t	p
Autocompaixão	-0,289	-0,893	-1,282	0,201
Autobondade	0,263	0,216	1,045	0,297
Autocrítica	-0,183	-0,143	-0,639	0,523
Humanidade Comum	0,266	0,170	1,062	0,289
Isolamento	0,335	0,229	1,461	0,145
Sobre-identificação	.0,397	-0,265	-1,600	0,111
Mindfulness	0,654	0,394	2,353	0,019
Bem-estar Emocional	-0,077	-0,051	-0,618	0,537
Bem-estar Social	-0,103	0,132	1,595	0,112
Bem-estar Psicológico	0,111	-0,139	-1,633	0,104

5. Discussão

Com o estudo empírico realizado, procurou-se dar um contributo para a investigação e para a prática relacionada com a vinculação aos pares, na adolescência, e a relação desta com a saúde mental bem como com a autocompaixão.

O objetivo essencial deste estudo prendeu-se com o estudo das variáveis da *Vinculação, Comunicação, Confiança e Alienação*, bem como das variáveis da *Autocompaixão, Autobondade, Autocrítica, Humanidade Comum, Isolamento, Sobre-identificação e Mindfulness* e as variáveis do *Bem-estar, Bem-estar Emocional, Social e Psicológico*, sendo que os dados não mostraram correlações com a sintomatologia, apesar de a adolescência ser uma fase de vida, durante a qual é propício o aparecimento de sintomas psicopatológicos.

Tendo em consideração que a amostra utilizada nesta investigação foi constituída por alunos dos ensinos regular e profissional, de ambos os sexos, a frequentar o 9.º, do 10.º ao 12.º anos de escolaridade, analisou-se, ainda, a influência do sexo (masculino vs. feminino, nas variáveis em estudo. Pretendeu-se, assim, compreender se existiam diferenças significativas, nos níveis médios das variáveis consideradas em função do sexo, do nível socioeconómico e da idade.

A primeira hipótese colocada questiona, assim, a existência de diferenças significativas, nas dimensões da *Vinculação, do Bem-estar, da Autocompaixão e da Sintomatologia*, em função do sexo. Assim, procedeu-se à análise através do *teste t de Student*, no que diz respeito ao sexo e foram observadas diferenças estatisticamente significativas, em alguns valores médios.

Deste modo, em relação às variáveis da vinculação, observa-se nas dimensões *Comunicação* e *Confiança* valores médios mais elevados, no sexo feminino, ao contrário do que acontece no sexo masculino que apresenta valores médios de *Alienação* mais elevados. Assim, é possível concluir com os valores médios apresentados que as raparigas inseridas no grupo de amigos/colegas são muito mais comunicativas e confiantes, ou seja, a relação de comunicação é mais extensa e com maior qualidade e, por sua vez, existe maior compreensão e respeito mútuo, no que toca ao sexo feminino, ao passo que os rapazes apresentam níveis de alienação mais elevados, indicando que nas relações de vinculação com os pares o sexo masculino tem uma tendência maior para sentimentos de raiva e alienação relativamente à relação no grupo de pares.

Em relação às variáveis da *Autocompaixão*, observa-se valores médios mais elevados para o sexo masculino do que para o sexo feminino, os resultados encontrados vão ao encontro dos resultados já observados na literatura com a população adulta (Neff, 2003) e adolescente (Bluth & Blanton, 2015). Assim, como indicado na literatura já existente, as raparigas revelam menores níveis de autocompaixão, por comparação aos rapazes. Poderá ser explicado pela tendência de as mulheres serem, frequentemente, mais autocríticas acerca de aspetos mais negativos de si próprias e pensarem demasiado e persistentemente acerca das experiências de *distress*, em comparação com os homens. Estes, por sua vez, com níveis mais elevados de autocompaixão mostram-se mais compreensivos e compassivos para consigo mesmos. Estudos passados mostraram que quanto menor a autocompaixão, maior o afeto negativo e a sintomatologia depressiva, sendo esta associação relativamente mais forte em adolescentes mais velhos (Bluth & Blanton, 2015), o que vai ao encontro dos resultados observados na sintomatologia, valores médios mais elevados para o sexo feminino, do que para o sexo masculino, no que diz respeito ao total de sintomas positivos.

Por outro lado, no que diz respeito à saúde mental, é possível afirmar que existem diferenças nos valores médios, comparativamente ao sexo feminino e masculino. O sexo masculino apresenta um valor médio mais elevado do que o sexo feminino, apesar de a diferença nas médias não ser muito relevante. Em relação ao bem-estar, os participantes do sexo masculino apresentam um valor médio superior comparativamente com o sexo feminino, o que não acontece relativamente à sintomatologia, como acima referido, em que o sexo feminino apresenta valores mais elevados.

Estes resultados relativos à saúde mental vão ao encontro de estudos anteriormente realizados, confirmando que o sexo masculino apresenta níveis mais elevados, em comparação com o sexo feminino e verificando que existe um maior número de rapazes em *flourishing*, do que raparigas (Matos, 2010). Este estudo de Matos vai também ao encontro dos estudos realizados por Keyes, que observou que os adolescentes mais jovens apresentam níveis mais altos de bem-estar, do que os adolescentes mais velhos (Keyes, 2006).

Assim, pode concluir-se que existem diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, na autocompaixão e na saúde mental, em função do sexo, sendo que, em duas das dimensões da *Vinculação*, *Confiança* e *Alienação*, as diferenças não são significativas.

Por outro lado, respondendo à hipótese H2, relativamente à existência de diferenças estatisticamente significativas, em função do estado de relacionamento, existem duas variáveis estatisticamente significativas, a *Autocompaixão* e o *Bem-estar*. Observando os resultados, pode concluir-se que, relativamente à autocompaixão, os participantes que se encontram num relacionamento apresentam valores médios mais baixos, do que os participantes que não se encontram num relacionamento, podendo concluir que os participantes que não estão num relacionamento são mais autocompassivos, do que os participantes que se encontram numa relação amorosa. O mesmo acontece relativamente à variável *Bem-estar*, valores médios mais elevados nos participantes que não se encontram num relacionamento, comparativamente com os que se encontram a namorar. Estes resultados mostram que os participantes que se encontram num relacionamento são menos autocompassivos, ou seja, quando os indivíduos se encontram numa relação, há a tendência para depositar no outro maior atenção do que neles próprios, sendo mais autocríticos, por vezes, de forma a agradar o companheiro, pelo que os indivíduos que não se encontram num relacionamento têm a tendência para criar maiores conexões e ligações sociais e, conseqüentemente, maiores níveis de autocompaixão, como referido num estudo realizado por Neff (2003a).

Por outro lado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores médios das variáveis, em função da idade, permitindo afirmar que, aparentemente, os participantes deste estudo apresentam os mesmos níveis de *Vinculação (Comunicação, Confiança e Alienação)*, qualquer que seja a idade, dentro desta faixa etária a que os participantes deste estudo pertencem.

No que concerne aos resultados estatisticamente significativos encontrados, relativamente às variáveis da vinculação e ao nível socioeconómico, pode concluir-se que apenas as variáveis *Confiança e Alienação* apresentam resultados de correlações significativas positivas e negativas, respetivamente, com o nível socioeconómico dos participantes, pelo que se conclui que os indivíduos que apresentem um nível socioeconómico mais elevado apresentam valores médios mais elevados também de confiança, ao contrário do que acontece na dimensão da alienação, em que indivíduos com níveis socioeconómicos mais elevados apresentam níveis de alienação mais baixos, sendo que a correlação é negativa, ou seja, quando um aumenta o outro diminui. É possível afirmar que um indivíduo que apresente aspetos sociológicos, económicos, educativos, laborais, entre outros, que possibilitem identificá-lo num nível

socioeconómico elevado é expectável que os níveis de confiança e comunicação com os pares sejam também mais elevados. Segundo estes resultados, um indivíduo que tenha uma boa formação, uma boa educação considerada elevada, comparativamente com outros indivíduos, conseqüentemente, terá mais facilidade em comunicar com os pares e demonstrará maior confiança nas relações. O contrário acontece relativamente à alienação, o que também era expectável, visto que indivíduos com maiores níveis socioeconómicos apresentam uma boa comunicação e confiança, conseqüentemente, serem mais alienados os que apresentarem níveis socioeconómicos mais baixos, se denotando tendência para o afastamento de si próprios e dos outros.

Analisando, agora, as relações positivas e negativas entre a *Vinculação (Comunicação, Confiança e Alienação)* e a *Saúde Mental (Bem-estar e Sintomatologia)* de forma a responder as hipóteses H4 e H5 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à variável *Comunicação*, esta apresenta valores de correlação positivos e moderados com as dimensões do *Bem-estar*, indiciando como é natural, que as variáveis de *Vinculação* na dimensão *Comunicação* encontram-se positivamente relacionadas. Os sujeitos que apresentam valores mais elevados de uma delas apresentam também valores mais elevados da outra. Há, assim, uma relação entre a comunicação e o bem-estar dos sujeitos, quanto melhor e maior for a comunicação, conseqüentemente, melhor será o bem-estar emocional, social e psicológico daqueles.

Relativamente à *Confiança* que os sujeitos apresentam para com o grupo de pares, também esta, tal como acontece na *Comunicação*, apresenta valores de correlação positivos e moderados com as dimensões do *Bem-estar*. Esta constatação indica que se encontram positivamente relacionados e, conseqüentemente, quando os sujeitos apresentam valores elevados de confiança também apresentam valores elevados de bem-estar.

Ainda em relação à *Vinculação*, mas no que toca à *Alienação*, observaram-se correlações negativas, estatisticamente significativas com o bem-estar emocional e psicológico, não havendo correlação com o bem-estar social. Neste sentido, a *Alienação* é caracterizada por comportamentos de afastamento e de alienação interpessoal sentidos na relação, sendo expectável não haver correlações significativas com o bem-estar social.

Deste modo, os sujeitos que manifestam maior valor médio na *Alienação*, apresentam valores médios mais baixos no bem-estar emocional e psicológico, tal como nos valores médios com as outras variáveis da *Vinculação*, *Comunicação* e *Confiança*, sendo todas as correlações no sentido negativo.

Assim, relativamente à hipótese H4, onde se afirmava que níveis mais elevados de comunicação e confiança (vinculação aos pares), encontra-se positivamente relacionada com os níveis de bem-estar, podendo concluir-se que a mesma é comprovada. Do mesmo modo, a hipótese H5, colocada no início desta investigação, afirmando que níveis mais elevados de alienação (vinculação aos pares) encontram-se relacionados negativamente com os níveis de bem-estar, foi também ela confirmada com os resultados apresentados, apesar de todas as correlações existentes em relação à sintomatologia não serem estatisticamente significativas.

Para além das relações já referidas, foram encontradas também correlações positivas, estatisticamente significativas, entre os níveis de *Vinculação*, mais especificamente a *Comunicação e Confiança*, e os níveis de autocompaixão e, por outro lado, correlações negativas entre os níveis de alienação e a autocompaixão. Deste modo, é possível observar que os níveis de vinculação e os níveis de autocompaixão dos participantes deste estudo estão bastante relacionados. Assim, e relativamente à *Comunicação*, observa-se que os níveis mais elevados se relacionam positivamente com as dimensões da *Autocompaixão*, *Autobondade*, *Mindfulness* e *Humanidade Comum*. Estes resultados indicam que quanto mais elevados forem os níveis de comunicação mais elevados também serão os níveis de *Autobondade*, *Mindfulness* e *Humanidade Comum*.

Assim, é possível afirmar que os indivíduos que apresentem capacidades de reconhecer que todas as pessoas, por vezes, falham e se sentem inadequadas, ao invés de sentimentos de isolamento, que tenham abertura e clareza ao momento presente e que sejam compreensivos consigo mesmos, conseqüentemente, apresentem uma comunicação extensa e de qualidade no grupo de pares, o mesmo acontece, quando os indivíduos apresentam uma compreensão e respeito mútuo pelos pares, quando os níveis de autocompaixão aumentam, a confiança no grupo de pares também aumenta. Conclui-se, assim, que o mesmo acontece nas dimensões *Comunicação e Confiança*, observando-se resultados correlacionados com as mesmas dimensões da *Autocompaixão*.

No que diz respeito à dimensão *Alienação*, esta relaciona-se negativamente com os níveis de autocompaixão, remetendo para a observação feita nos resultados, que mostram que, quando os níveis de alienação aumentam, conseqüentemente, os níveis de autocompaixão diminuem, havendo uma relação negativa entre estas dimensões. Relativamente às variáveis da *Autocompaixão*, é possível observar que a *Alienação* se relaciona positivamente com três das dimensões, *Isolamento*, *Sobre-identificação* e *Autocrítica*, sendo as correlações moderadas. Deste modo, os sujeitos que manifestam níveis mais elevados de alienação, conseqüentemente, apresentaram níveis mais elevados de isolamento, de sobre-identificação e de autocrítica, ou seja, quando os indivíduos se sentem mais alienados em relação ao grupo de pares, à partida é expectável que se sintam mais isolados, mais críticos e duros consigo próprios, julgando as suas falhas e erros.

Assim, relativamente à hipótese H6, colocada inicialmente, onde se afirmava que níveis mais elevados na dimensão da *Comunicação* e *Confiança* (e.g. vinculação aos pares) encontram-se relacionados positivamente com os níveis de autocompaixão, pode concluir-se que a mesma é corroborada, na medida em que os resultados observados vão ao encontro do esperado, sendo possível observar uma correlação positiva com a autocompaixão e com as dimensões positivas.

Por outro lado, relativamente à hipótese H7, colocada anteriormente, onde se afirma que níveis mais elevados na dimensão *Alienação* (e.g. vinculação aos pares) encontra-se relacionada negativamente com os níveis de autocompaixão, também é possível observar resultados que confirmam esta hipótese, havendo uma relação negativa com a autocompaixão, pois, quando os níveis de alienação aumentam, os níveis de autocompaixão diminuem.

Apesar de não existirem muitos estudos relativamente à autocompaixão na adolescência, é sugerido que a autocompaixão se relaciona com a saúde mental na adolescência, ou seja, com o bem-estar dos indivíduos e com os sintomas psicopatológicos que, frequentemente, começam a demonstrar sinais, nesta fase da vida. Assim, a literatura diz-nos que quanto mais autocompassivos forem os indivíduos, menores os níveis de depressão, ansiedade, *stress* percebido e afeto negativo e maior a conectividade interpessoal e a satisfação com a vida e a reportarem maiores níveis de sentimentos de ligação/ conexão social. Apesar de se tratar de um interesse empírico recente, existem evidências que apontam para uma maior saúde psicológica, bem-estar e

resiliência entre sujeitos autocompassivos, por comparação àqueles que carecem de autocompaixão (Neff, 2003).

Conclui-se, assim, com os resultados observados neste estudo, que a autocompaixão se relaciona fortemente com o bem-estar emocional, social e psicológico, evidenciando que, quando um aumenta, o outro também aumenta, ou seja, indivíduos mais autocompassivos, conseqüentemente, apresentam níveis de bem-estar mais elevados, comparativamente com indivíduos menos autocompassivos.

Por fim, e no sentido de compreender se maiores níveis de vinculação aos pares são preditores de maior bem-estar, mais autocompaixão e menor sintomatologia, ou seja, a fim de testar a H8, realizaram-se regressões hierárquicas múltiplas. O objetivo passou por avaliar se as dimensões da *Vinculação*, *Comunicação*, *Confiança* e *Alienação* são bons preditores das variáveis em estudo, *Autocompaixão* e *Saúde mental*, analisando também as variáveis sociodemográficas, consideradas neste estudo (sexo, nível socioeconómico, estado de relacionamento, por exemplo).

De acordo com aquilo que é sugerido pela literatura científica, a autocompaixão é um preditor significativo da saúde mental nos adolescentes (Bluth et al., 2007). Por outro lado, com este teste de regressão, o objetivo foi constatar que quanto mais os adolescentes estiverem vinculados aos pares, mais fácil é de prever que sejam autocompassivos e com uma melhor saúde mental.

Os resultados encontrados relativamente à dimensão da *Comunicação* indicam que as variáveis da *Autocompaixão* apresentam algum poder preditor, no aumento dos níveis de vinculação. O objetivo passou por avaliar se as variáveis da *Vinculação*, *Comunicação*, *Confiança* e *Alienação* são melhores preditores da autocompaixão e do bem-estar. Os resultados encontrados permitiram concluir que, de facto, tal acontece, confirmando que a autocompaixão e o bem-estar são bons preditores da vinculação.

6. Conclusão

Tendo em consideração que a adolescência é, cada vez mais, vista como um processo transacional complexo (Coleman, 2011), torna-se fulcral que se faça uma leitura compreensiva de todos os aspetos que constituem o mundo do adolescente. Se, por um lado, o adolescente se afasta dos pais e se sente cada vez menos compreendido por eles, ele encontra essa compreensão no seu grupo de pares, ao qual recorre, frequentemente, por sentir que podem partilhar preocupações e interesses comuns. Os amigos são, portanto, as novas figuras de referência e vinculação (Watters & Cummings, 2000), e a partilha, a compreensão, as experiências e sentimentos comuns são fundamentais na interdependência emocional que vai surgir relativamente a estas novas relações de vinculação (Oliveira, 2011; Sprinthall & Collins, 1988).

É, assim, fundamental que se compreenda que a adolescência é mais que transformações físicas e emocionais a que o indivíduo está sujeito. Esta fase da vida é também de novas descobertas de novos relacionamentos e, sobretudo, de descoberta de si próprio. É neste sentido que surge a pertinência do estudo da vinculação aos pares e na influência que esta tem, não só na compaixão que o adolescente tem para consigo mesmo, como também nas consequências que uma vinculação segura aos pares ou não, possa ter na saúde mental do adolescente.

Por isso, houve motivação na prossecução deste estudo exploratório, podendo contribuir para estudos futuros.

A presente investigação pretendeu, portanto, ser um primeiro passo na compreensão do impacto que a vinculação aos pares na adolescência tem para a autocompaixão e saúde mental dos sujeitos que se encontram nesta fase da vida.

Os dados considerados neste estudo revelam que a autocompaixão e o bem-estar, na adolescência, merecem alguma atenção, tanto na investigação como em práticas de promoção de saúde mental, sendo a fase da adolescência uma fase de mudança e de evolução, enquanto seres sociais, e visto não existir muitos estudos relacionados com esta temática, sobretudo na adolescência. Foi possível, deste modo, constatar que existem diferenças de género relativamente à variável *Autocompaixão* e às dimensões do *Bem-estar*, revelando que os valores mais elevados dizem respeito ao sexo masculino, nestas duas variáveis estudadas. A partir dos resultados encontrados, pode concluir-se também,

no que diz respeito as variáveis sociodemográficas, que o nível socioeconómico está relacionado com os níveis de vinculação, com a autocompaixão e com o bem-estar. Os participantes com níveis socioeconómicos mais elevados apresentam, conseqüentemente, níveis de confiança mais elevados, sendo o resultado observado estatisticamente significativo. No entanto, níveis socioeconómicos mais elevados apresentam-se relacionados com níveis mais baixos de alienação e vice-versa, havendo correlações negativas entre estas duas variáveis.

Relativamente aos outros resultados observados, conclui-se que existem correlações fortes entre as dimensões da *Vinculação* e as dimensões da *Autocompaixão e do Bem-estar*, não havendo correlações estatisticamente significativas com a sintomatologia, sendo que as dimensões *Comunicação* e *Confiança* apresentam correlações positivas com as dimensões da *Autocompaixão* que se apresentam com cariz positivo. No entanto, a dimensão *Alienação* que tem um poder negativo, apresenta correlações negativas também com as dimensões negativas da *Autocompaixão* (*sobre-identificação, autocrítica e isolamento*). O mesmo acontece relativamente às dimensões do *Bem-estar* em que, maioritariamente, existem correlações positivas entre a *Comunicação* e *Confiança* e as dimensões do *Bem-estar*, e correlações negativas entre o *Bem-estar* e a dimensão *Alienação*.

Assim, é possível concluir, segundo os resultados deste estudo, que os adolescentes com níveis mais elevados na *Comunicação* e na *Confiança* apresentam, conseqüentemente, níveis mais elevados de autocompaixão e de bem-estar e, apesar de não haver correlações neste estudo, apresentam níveis de sintomatologia mais baixos. Adolescentes com níveis mais elevados de alienação apresentam-se menos autocompassivos e com níveis de bem-estar mais baixos e, conseqüentemente, níveis mais elevados de sintomatologia.

Apesar das conclusões retiradas e das reflexões tecidas, há que reconhecer que este estudo contém algumas limitações. Em primeiro lugar, a impossibilidade de avaliação cruzada, uma vez que a escala (IPPA) é também utilizada com os pais. Em segundo lugar, o facto de, na investigação, terem sido utilizadas medidas de autorrelato, sendo as mais utilizadas, mas que não permite ter a certeza do que é relatado pelo adolescente seja o real.

Por outro lado, é também possível apresentar os pontos fortes deste estudo, em primeiro lugar deve referir-se que a amostra foi constituída por um número de sujeitos considerável, sendo possível a utilização deste número de adolescentes, num período de pandemia, em que seria expectável que fossem implicadas mais limitações, o que não se verificou, havendo, assim, a participação de um número elevado de adolescentes. Outro ponto positivo no presente estudo foi o facto dos instrumentos utilizados apresentarem *alphas* elevados o que nos indica uma boa consistência interna do instrumento e também o facto de estes instrumentos estarem aferidos para a população portuguesa. Por fim, outro ponto forte da investigação foi a utilização de constructos que contribuem para uma psicologia positiva.

Relativamente às implicações, concluiu-se que o presente estudo deveria ser replicado no pós-pandemia, podendo ser um estudo longitudinal. Na impossibilidade de ocorrer com os mesmos sujeitos, é de todo o interesse realizar um estudo com uma amostra semelhante, num período pós-pandemia. Outra sugestão de estudos futuros seria a realização deste, mas com sujeitos de outras faixas etárias e/ou de outras culturas. As sugestões que se deixam para investigações futuras contemplam a superação das limitações deste estudo.

Em suma, esta investigação pretende ser apenas um primeiro passo para uma compreensão mais extensa e aprofundada acerca do mundo tão complexo que é a vida do adolescente, sendo possível que haja mais estudos não só sobre a *Vinculação* na adolescência e o que isso implica na autocompaixão dos adolescentes, como também na saúde mental destes, de modo que, conseqüentemente, seja possível intervirmos de uma forma mais ativa, no que diz respeito a esta fase da vida que implica diversas mudanças, que é a adolescência.

7. Bibliografia

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M. (1989). Attachment Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4).
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). *Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projetos pessoais*. Psicologia. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>.
- Almeida, L. S; Simões, M. R; Machado, C.; Gonçalves, M. M. (2008). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Anastácio, S. (2013). *Estudo da relação entre empatia e a vinculação aos pais e aos pares na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological wellbeing in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-453.
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência* (Dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*, Londres:Routledge.
- Brinthaup, T. M., & Lipka, R. P. (2002). Understanding early adolescent self and identity: An Introduction. In T. M. Brinthaup & R. P. Lipka (Eds.), *Understanding early adolescent self and identity: Applications and interventions*. New York.

- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Braconnier, A., Marcelli, D. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Climepsi Editores.
- Bluth, K., & Blanton, P. (2015). The influence of self-compassion on emotional wellbeing among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol*, 10(3), 219-230.
- Bluth, K., Campo, R. A., Futch, W. S., & Gaylord, S. A. (2017). Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. *J Youth Adolescence*, 46, 840-853.
- Bukowski, W. M. (2001). Friendship and the worlds of childhood. Em W. Nangle e C. A. Erdley (Orgs.). *The role of friendship in psychological adjustment - New directions of child and adolescent development* (pp. 93-106). San Francisco.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo
- Coleman, J. (2011). *The Nature of Adolescence*. London: Routledge
- Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the self-compassion scale. *Personality and Individual Differences*, 93, 56-62.
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da autocompaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala de autocompaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (2), 95-117.
- Hilt, L. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Handbook of depression in adolescents*. New York.
- Feliciano, I. (2010). *Estudo sobre a autoestima em adolescentes dos 12 aos 17 anos*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Ferreira, M., & Costa, M. E. (1998). *Inventory of peer and parental Attachment*. Adaptação do instrumento. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

- Ferreira, A., & Ferreira, J. (2000). A adolescência e o grupo de pares. In Medeiros, T., *Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento* (pp.198-209). Direção Regional de Educação.
- Ferreira, A., & Ferreira, J. (2000). Ideias para uma perspetiva histórica da adolescência. In Medeiros, T., *Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento* (pp.29-39). Direção Regional de Educação.
- Ferreira, N. & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes. *Revista Millennium*, 32: 141-162.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). New York.
- Guedenay & Guedenay (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Haydée, L. & Ramón, U. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 7 (1), 83-96.
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). *Gender differences in rumination: A metaanalysis*. *Pers Individ Dif*, 55(4), 367-374.
- Laible, D. J., Carlo, G. e Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of and Adolescence*, 29(1), 45–59.
- Machado, T. S., & Oliveira, M. (2007). Vinculação aos pais em adolescentes portugueses: o estudo de Coimbra. *Psicologia e Educação*, 6, 97- 115.
- Machado, T. S. Fonseca, A. C. e Queiroz, E. (2008). Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes – Dados de um estudo longitudinal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 321-332.
- Matos, M., Pinto-Gouveia J., & Duarte, C. (2012b). When I don't like myself: Psychometric properties of the Portuguese version of the Internalized Shame Scale. *Spanish Journal of Psychology*, 15 (3), 1411-1423.
- Medeiros, T. (2010). O conceito e adolescência revisitado. In Medeiros, T., *Adolescência: Desafios e riscos* (pp.27-46). Coleção Psicologia e Educação, 3. Ponta Delgada, Letras Lavadas edições.

- Mota, C., & Matos, P. (2008). Adolescência e Institucionalização numa Perspetiva de Vinculação. *Psicologia e Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Neff, K. (2003a). The development and validation of scale to measure self compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37.
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate selfconcept. In J. Bauer & H. A. Wayment (Eds.). *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego* (95-105). APA Books, Washington DC.
- Neff, K. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways to relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-49.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K.D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of Selfcompassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916.
- Neff, K., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K, & McGehee, P. (2010). Self-compassion resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50.
- Neff, K. D. (2016). Does self-compassion entail reduced self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi. *Mindfulness*, 7(3), 791–797.

- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neves, L., Soares, I., & Silva, M. C. (1999). Inventário de Vinculação na Adolescência (I.P.P.A.). In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida, *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 3748). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Oliveira, A. (2011). *Qualidade da vinculação aos pais como prognóstico para relações de amizade de qualidade na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Pinto, M. (2009). *Intimidade em Adolescentes de diferentes grupos étnicos*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2011). *Escala de Auto-Compaixão para Adolescentes*. Manuscrito em preparação.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos. Diálogo com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. H. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (3-9). New York: Oxford University Press.
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

- Soares, I. (1990). O grupo de pares e a amizade. In B. P. Campos (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento e educação em jovens* (pp. 93-138). Lisboa: Universidade Aberta.
- Soares, I. (2001). *A adolescência como um tempo de (re)construção de vínculos*. Comunicação apresentada no Encontro sobre Desenvolvimento Psicológico e Contexto Escolar. Barcelos, Portugal.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184 - 1199.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Wilkinson, R.B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 479-493.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simões, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2366-2371. doi: 10.2105/AJPH.2010.192245
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). *Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: *the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender*. *Aging & Mental Health*, 8 (3), 266-274.

- Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. *A national study of well-being at midlife*, 350-372. Chicago: The University of Chicago Press.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing - a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62 (2), p. 95-108.
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60 (2), 126-133.
- Keyes, C., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum – short form (MHC-SF) in Setswanaspeaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 181-192.
- Vaz, M. (2011). *Vinculação à mãe, ao pai e ao grupo de pares e a sua relação com a delinquência juvenil*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- World Health Organization - WHO (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization

Anexo A- Instrumentos utilizados

SCS-A

(Neff, K., 2003)

(Versão portuguesa para adolescentes: Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P., 2011)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Lê, por favor, cada afirmação com cuidado antes de responder.

Para cada item, indica com um X na coluna que melhor traduz quantas vezes (*Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes, Quase sempre*) é que te comportas dessa forma em momentos difíceis.

	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e preocupações.					
2. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência a ficar agarrado(a) e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal, vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.					
4. Quando penso acerca das minhas inquietações e defeitos, sinto-me mais à parte e desligado(a) do resto do mundo.					
5. Tento ser afectuoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer (ex., fazer ou dizer algo que seja reconfortante para mim).					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim, torturo-me com sentimentos de inadequação (fracasso).					
7. Quando estou “em baixo” lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tenho tendência a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) ou fracassado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos de minha personalidade de que não gosto.					
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida, sou compreensivo(a) e afectuoso(a) comigo mesmo(a).					

	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
13. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como fazendo parte da condição humana (os humanos erram).					
16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto, fico muito “em baixo”.					
17. Quando falho em alguma coisa importante para mim, tento analisar as coisas sem dramatizar					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades, tenho tendência a pensar que, para as outras pessoas, as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
22. Quando me sinto “em baixo” tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura (isto é, sem os julgar ou os tentar afastar).					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações (fracassos).					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece, tenho tendência a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim, tenho tendência a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.					

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MHC-SF

(Keyes, C. L. M., 2008; versão portuguesa de Matos, A.P., André, R., Cherpe, S., Figueira, C., e Pinto, A.M., 2010)

Instruções

Por favor, responde às questões seguintes sobre a forma como te tens sentido, **durante o último mês**. Assinala com um – X – a célula que melhor representa quantas vezes experienciaste ou sentiste o seguinte.

Lembra-te que não existem respostas certas ou erradas, escolhe, de forma honesta e sincera, a primeira resposta em que pensares. As tuas respostas são confidenciais.

Durante o último mês, quantas vezes (te) sentiste:	Nunca	1 ou 2 vezes	Cerca de 1 a 2 vezes por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias
1. feliz						
2. interessado pela vida						
3. satisfeito						
4. que tinhas alguma coisa importante para contribuir para a sociedade						
5. que pertencias a uma comunidade (como a um grupo social, à tua escola ou ao teu bairro)						
6. que a nossa sociedade se está a tornar num lugar melhor para pessoas como tu						
7. que as pessoas são essencialmente boas						
8. que a forma como a nossa sociedade funciona te faz sentido						
9. que gostavas da maior parte das características da tua personalidade						
10. que geriste bem as responsabilidades da tua vida diária						
11. que tiveste relações calorosas e de confiança com pessoas da tua idade						
12. que tiveste experiências que te permitiram crescer e tornares-te numa pessoa melhor						
13. confiante para pensar ou exprimir as tuas próprias ideias e opiniões						
14. que a tua vida tem uma direcção ou significado						



Questionário Sociobiográfico e de outras questões (Maia de Carvalho, Vale-Dias, Keyes, & Bohlmeijer, 2018)

Por favor responda de forma sincera. Estamos interessados em perceber a sua opinião e as suas crenças sobre temas da saúde e da doença mental.

Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima, sendo os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.

O seu questionário será codificado. Coloque pela seguinte ordem: as primeiras duas letras do seu nome, as primeiras duas letras do seu último apelido, a sua data de nascimento: Patrícia Antunes 22 de Julho de 2000 ficaria PA-NA-22-07-00.

Código: __ - __ - __ - __ - __

Em qualquer momento do estudo pode desistir e deixar de participar. Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve. Pedimos que responda de forma completa a todos os questionários.

Muito obrigada!

1. **Idade:** _____
2. **Género:** Masculino __ Feminino __ Outro __
3. **Nacionalidade:** _____

4. **Relacionamento amoroso/Estado civil (se for o seu caso, pode assinalar mais do que uma opção por exemplo, solteiro e a namorar):**

A namorar Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo

5. **Com quem habita em sua casa:** _____

6. **Habilitações Literárias (indique o número de anos de escolaridade completa):**

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º

— — — — — — — — — — — — —

Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro

— — — — —

7. **Profissão:** _____

8. **Já foi acompanhado em:**

8.1. **Consulta de Psicologia:** Sim __ Não __

8.2. **Consulta de Psiquiatria:** Sim __ Não __

Acerca da sua mãe:

9. **Idade:** __

10. **Habilitações Literárias (indique o número de anos de escolaridade completa):**

1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º

— — — — — — — — — — — — —

Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro

— — — — —

11. **Profissão:** _____

Acerca do seu pai:

12. **Idade:** __

13. **Habilitações Literárias (indique o número de anos de escolaridade completa):**

1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10° 11° 12°

— — — — — — — — — — — — —

Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós-Doc Outro

— — — — — — — — — — — — —

14. Profissão: _____

PERGUNTAS RELATIVAS À SUA HISTÓRIA

Sobre a sua família indique:

1. Há alguém com doença mental diagnosticada na sua família:

1.1. Família próxima: Sim __ Não __

Não sei se está diagnosticada, mas acho que tem ____

1.2. Família distante: Sim __ Não __

Não sei se está diagnosticada, mas acho que tem ____

2. Relativamente a esta pessoa (se forem várias, escolha o caso que conhece melhor), considera que:

2.1. Ela tem uma vida satisfatória: Sim __ Não __

2.2. A família a aceita e respeita: Sim __ Não __

2.3. A família lida com o tema com naturalidade: Sim __ Não __

2.4. Os amigos dela lidam com o tema com naturalidade: Sim em geral__ Não em geral__ Alguns __

3. Relativamente ao modo como adquiriu informação sobre bem-estar/saúde mental e sobre doença mental indique:

3.1. Na minha família falava-se sobre estes temas: Sim __ Não __

Especifique: Sobre promover o bem-estar/saúde mental ____

Sobre as doenças mentais __ Sobre ambos __

3.2. Na minha escola falou-se sobre estes temas: Sim __ Não __

Especifique: Sobre promover o bem-estar/ saúde mental __

Sobre as doenças mentais __ Sobre ambos __

3.3. Aprendi com filmes e séries: Sim __ Não __

Especifique: Sobre promover o bem-estar/ saúde mental __

Sobre as doenças mentais __ Sobre ambos __

3.4. Aprendi em programas de televisão: Sim __ Não __

Especifique: Sobre promover o bem-estar/ saúde mental __

Sobre as doenças mentais __ Sobre ambos __

3.5. Aprendi com amigos: Sim __ Não __

Especifique: Sobre promover o bem-estar/ saúde mental __

Sobre as doenças mentais __ Sobre ambos __

3.6. Aprendi na internet: Sim __ Não __

Especifique: Sobre promover o bem-estar/ saúde mental __

Sobre as doenças mentais __ Sobre ambos __

3.7. Outras fontes de aprendizagem: _____

IPPA

(Armsden & Greenberg, 1987; Neves, L., Soares, I., Machado, P., 1999)

Nesta página vai encontrar um conjunto de afirmações acerca do modo como os jovens se sentem com os seus amigos. Para cada frase deverá assinalar a sua opinião, colocando um círculo (0) à volta do número que melhor corresponde ao que pensa.

Nunca ou quase nunca	Poucas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
1	2	3	4	5

1. Gosto de ter a opinião dos meus amigos em assuntos que me preocupam.	1	2	3	4	5
2. Os meus amigos percebem quando estou preocupado(a) com alguma coisa.	1	2	3	4	5
3. Quando discutimos algum assunto, os meus amigos consideram a minha opinião.	1	2	3	4	5
4. Falar acerca dos meus problemas com os meus amigos, faz-me sentir envergonhado(a).	1	2	3	4	5
5. Gostava de ter amigos diferentes.	1	2	3	4	5
6. Os meus amigos compreendem-me.	1	2	3	4	5
7. Os meus amigos encorajam-me a falar acerca das minhas dificuldades.	1	2	3	4	5
8. Os meus amigos aceitam-me como eu sou.	1	2	3	4	5
9. Sinto necessidade de estar em contacto com os meus amigos com mais frequência que eles comigo.	1	2	3	4	5
10. Quando passo por alguma dificuldade, os meus amigos não se apercebem disso.	1	2	3	4	5

11. Sinto-me só ou posto(a) de parte quando estou com os meus amigos.	1 2 3 4 5
12. Os meus amigos ouvem aquilo que tenho para dizer.	1 2 3 4 5
13. Sinto que os meus amigos são bons amigos.	1 2 3 4 5
14. É-me fácil falar com os meus amigos.	1 2 3 4 5
15. Quando estou zangado(a) por alguma razão, os meus amigos tentam ser compreensivos.	1 2 3 4 5
16. Os meus amigos ajudam-me a compreender-me melhor.	1 2 3 4 5
17. Os meus amigos preocupam-se com o meu bem-estar.	1 2 3 4 5
18. Sinto-me zangado(a) com os meus amigos.	1 2 3 4 5
19. Posso contar com os meus amigos, quando sinto necessidade de desabafar.	1 2 3 4 5
20. Confio nos meus amigos.	1 2 3 4 5
21. Os meus amigos respeitam os meus sentimentos.	1 2 3 4 5
22. A maior parte das vezes os meus amigos não percebem que eu estou aborrecido(a).	1 2 3 4 5
23. Parece-me que os meus amigos se irritam comigo, sem razão.	1 2 3 4 5
24. Conto aos meus amigos os meus problemas e dificuldades.	1 2 3 4 5
25. Se os meus amigos sabem que alguma coisa me preocupa, perguntam-me acerca disso.	1 2 3 4 5

Anexo B- Pedido de autorização á instituição



Exmº Senhor (a) Diretor(a) ...

Vimos contactá-lo no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do “Desenvolvimento Humano e Saúde Mental”. Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado “Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults”. Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.

- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.
- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o seu consentimento para que os alunos da instituição que dirige possam ser contactados para, após obtido o consentimento dos seus encarregados de educação, participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da sua melhor colaboração e autorização,

Coimbra, 16 de abril de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Luz Vale-Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)

Consentimento Informado

Caro(a) Encarregado(a) de Educação,

Vimos contactá-lo no âmbito de um projeto de investigação que se encontra em curso na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Tal projeto dedica-se ao estudo do "Desenvolvimento Humano e Saúde Mental". Nele se inserem investigações de tese de Mestrado Integrado e de Doutoramento em Psicologia, orientados pela responsável do supramencionado projeto abrangente, a Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC). Neste campo de investigação insere-se, particularmente, o projeto de doutoramento intitulado "Mind the Mind: a complete mental health intervention for adolescents young adults and adults". Este projeto é desenvolvido pela doutoranda Mariana Maia de Carvalho, Mestre em Psicologia, com a orientação da já referida Professora Doutora Maria da Luz Vale-Dias (FPCE-UC), do Professor Corey Keyes (Emory University) e do Professor Ernst Bohlmeijer (Twente University), na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Inserem-se ainda neste campo de investigação as pesquisas realizadas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC pelos mestrandos Cláudio Monteiro, Joana Neves e Márcia Teixeira, sob orientação da Professora anteriormente mencionada.

Nesta etapa pretende-se avaliar algumas opiniões, crenças e estratégias utilizadas pelas pessoas relativamente aos temas da saúde mental e bem-estar, pelo que os participantes irão responder a um inquérito.

Este estudo rege-se pelos princípios éticos e deontológicos da investigação em Psicologia segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses e a Associação Americana de Psicologia.

Respeita ainda as regras da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Assim:

- Todas as respostas recolhidas são tratadas de forma confidencial e anónima – será gerado um código numérico associado ao protocolo de cada sujeito e os seus dados de identificação só lhe serão associados para efeitos de acesso ao consentimento informado dado ou para cruzar com dados do mesmo sujeito recolhidos em momentos diferentes.
- Os resultados avaliados globalmente tendo em conta as respostas de todos os sujeitos e nunca individualmente.
- Em qualquer momento do estudo o sujeito pode desistir e deixar de participar.
- Pode, ainda, colocar perguntas sobre o estudo à investigadora que o desenvolve.
- Uma vez recolhidos os dados o sujeito tem direito ao seu acesso, retificação, atualização ou apagamento.
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica e serão conservados apenas pela equipa de investigação.

Independentemente de o sujeito ser contactado para integrar uma ou várias etapas da investigação, os dados tratam-se respeitando as normas acima mencionadas.

Neste âmbito, pedimos o seu consentimento para que o/a seu/sua filho/filha possa participar nesta investigação, respondendo a alguns questionários (em papel ou on-line).

Desde já disponibilizamo-nos para responder a qualquer questão sobre o estudo,

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada, ficamos na expectativa da sua melhor colaboração,

Coimbra, 16 de abril de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Luz Vale Dias (valedias@fpce.uc.pt)

Mariana Maia de Carvalho (marianaportocarrero@hotmail.com)

Cláudio Monteiro

Márcia Teixeira

Joana Neves (jojo.9.9@hotmail.com)

Declaro que tomei conhecimento das informações relativas ao estudo e que autorizo (encarregado de educação) *

Sim

Não

Declaro que tomei conhecimento das informações relativas ao estudo e que participo (adolescente/jovem) *

Sim

Não

Nome do adolescente/jovem *

A sua resposta

Submeter

Limpar formulário

Anexo D- Análise dos Coeficientes de Correlação de *Pearson*

Tabela D1- *Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões da vinculação e a saúde mental*

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Tabela D2- Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões da vinculação e da auto-compaixão

Variáveis	Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.Comunicação	1.Comunicação	-	0,792**	-0,248**	0,792**	0,279**	0,203**	0,279**	0,295**	0,330**	0,340**	0,133**
2.Confiança	2.Confiança	-	-	-0,386**	0,258**	0,256**	0,238**	-0,109	-0,009	-0,005	-0,005	0,211**
3.Alienação	3.Alienação	-	-	-	-	-	0,169**	-0,069	-0,150**	-0,139*	-0,139*	-0,216**
4.Auto-Bondade	4.Bem-estar Emocional	-	-	-	-	-	-	0,658**	0,698**	0,833**	0,833**	-0,216**
5.Mindfulness	5.Bem-estar social	-	-	-	-	0,675**	0,653**	-0,269**	-0,310**	-0,383**	-0,383**	0,775**
6.Humanidade Comum	6.Bem-estar psicológico	-	-	-	-	-	0,588**	-0,310**	-0,327**	0,232**	0,232**	0,735**
7.Isolamento	7.Bem-estar Total	-	-	-	-	-	-	-0,105	-0,160**	-0,118*	-0,118*	0,594**
8.Sobre-Identificação		-	-	-	-	-	-	-	0,758**	0,664**	0,664**	-0,697**
9. Auto-Crítica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,743**
10.Auto-Compaixão		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,764**

*p≤ 0,05 ** p ≤0,01