



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Perceção da auto-compaixão, sintomatologia ansiógena e estilos de vinculação numa amostra normativa

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA

Murillo Souto de Freitas

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Maria da Graça Proença Esgalhado

Covilhã, Julho de 2019

“O que realmente importa
na vida é o que se faz com
o tempo que nos é dado”.

(O Senhor dos Anéis)

J.R.R. Tolkien

Agradecimentos

A travessia pela experiência de realização desse trabalho foi árdua, não poderia deixar de citar as pessoas que ajudaram, a estas, minha gratidão eterna.

Primeiramente, obrigado a minha mãe, que sempre acreditou no meu potencial e incentivou-me a estudar, mesmo quando eu me mostrei resistente a ideia no início da adolescência, obrigado por não desistir! Obrigado também a apoiar a minha ideia de atravessar o oceano para ter uma experiência cultural que levarei para a vida.

Obrigado à minha noiva, minha parceira e eterna companheira, a pessoa que mais me conhece nesse mundo e com quem divido o dia a dia da melhor forma possível, com alegria e afeto, fazendo das peripécias da vida só mais uma história para contar. Obrigado pela compreensão e por estar sempre disponível, seja para um assunto sério ou para dar boas risadas.

Agradeço a minha orientadora de tese por ter demonstrado disponibilidade para sugestões e melhorias e por ter confiado em meu trabalho.

Finalizo essa demanda, para mim quase impossível, com orgulho e satisfação e levarei os aprendizados que a experiência me proporcionou para a próxima aventura que se inicia.

Resumo

O presente trabalho insere-se no projeto “Investigação em saúde mental, qualidade de vida e bem-estar psicológico ao longo do ciclo vital”. Aborda-se a auto-compaixão, construto definido como um processo que envolve a abertura de si próprio em relação ao seu sofrimento, ou seja, implica em ver sua própria experiência como uma condição humana, reconhecendo o seu sofrimento seus erros e imperfeições como elementos que também são dignos de compaixão, com menos julgamento sobre si próprio (Neff 2003a). A pesquisa também se debruça sobre os estilos de vinculação, o qual refere-se acerca da importância da vinculação na vida dos indivíduos, que implica no conhecimento de uma figura que está disponível a oferecer respostas e possibilitar um sentimento de segurança frente às dificuldades, e dessa forma fortificar a relação (Cassidy, 1999).

A auto-compaixão tem sido muitas vezes relacionada a diversas características do sujeito e sua saúde mental. Em alguns estudos encontrados na literatura, percebe-se a relação da auto-compaixão com alguns indicadores de saúde mental e outras correlações como auto-estima, auto-eficácia e auto-crítica. Já referente aos estilos de vinculação, verifica-se alguns artigos científicos que os correlacionam a ansiedade, e aos estilos parentais, enfatizando sobre a importância da vinculação segura na vida dos indivíduos.

Dessa forma, pelo que se leva a cabo o presente estudo, tem como objetivos avaliar os níveis dos estilos de vinculação numa amostra normativa, avaliar os níveis de auto-compaixão, avaliar os níveis de sintomatologia ansiógena, avaliar o grau de associação entre estilos vinculativos e auto-compaixão e avaliar o grau de associação entre sintomatologia ansiógena e auto-compaixão.

Foi desenvolvido um inquérito online, contendo os seguintes instrumentos: Questionário socio demográfico elaborado no âmbito da presente investigação com vista a caracterização dos participantes do estudo; Inventário de Saúde mental (BSI-18) (Derogatis, 2000); Estilos de vinculação (Bartholomew & Horowitz, 1991); Auto-compaixão (Pinto-Gouveia, 2006). A amostra é constituída por 956 indivíduos.

Como resultados obtidos, as pontuações evidenciam que a maioria dos participantes obteve resultados acima da média, expressando bons níveis de auto-compaixão numa população normativa. Quanto a sintomatologia ansiógena, de uma forma geral, a amostra obteve pontuações relativamente baixas. Além disso, os resultados das correlações se mostraram estatisticamente significativos entre auto-compaixão, sintomatologia ansiógena e estilos de vinculação.

Palavras-chave

Auto-compaixão; Ansiedade; Estilos de vinculação.

Abstract

The present work is part of the project "Research on mental health, quality of life and psychological well-being throughout the life cycle". Self-compassion is approached, a construct defined as a process that involves the opening of oneself in relation to its suffering, that is, it implies seeing its own experience as a human condition, recognizing its suffering its errors and imperfections as elements who are also worthy of compassion, with less self-judgment (Neff 2003a). The research also deals with attachment styles, which refers to the importance of attachment in the life of individuals, which implies knowledge of a figure who is available to offer answers and provide a sense of security in the face of difficulties, and thereby fortifying the relationship (Cassidy, 1999).

Self-compassion has often been related to various characteristics of the subject and their mental health. In some studies found in the literature, one can see the relation of self-compassion to some indicators of mental health and other correlations such as self-esteem, self-efficacy and self-criticism. Regarding attachment styles, some scientific articles correlate anxiety and parental styles with emphasis on the importance of safe attachment in individuals' lives.

Therefore, the purpose of this study is to evaluate the levels of attachment styles in a normative sample, to evaluate levels of self-compassion, to evaluate levels of anxious symptomatology, to evaluate the degree of association between binding styles and self-compassion and to assess the degree of association between anxious symptomatology and self-compassion.

An online survey was carried out, containing the following instruments: Socio-demographic questionnaire developed within the scope of the present investigation in order to characterize the study participants; Brief Symptom Inventory (BSI-18) (Derogatis, 2000); Attachment styles (Bartholomew & Horowitz, 1991); Self-compassion (Pinto-Gouveia, 2006). The sample consists of 956 individuals.

As results obtained, scores show that the majority of the participants achieved above-average results, expressing good levels of self-compassion in a normative population. As for the anxious symptomatology, in general, the sample obtained relatively low scores. In addition, the results of the correlations were shown to be statistically significant between self-compassion, anxious symptomatology, and attachment styles.

Keywords

Self-compassion; Anxiety; Attachment styles.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1 - Auto-compassão	3
Capítulo 2 - Estilos de Vinculação	11
2.1. Auto-compassão e estilos de vinculação.....	20
Capítulo 3 - Sintomatologia Ansiógena.....	23
Capítulo 4 - Apresentação do estudo.....	29
4.1. Delineamento da pesquisa.....	29
4.2. Hipóteses em estudo	29
4.3. Instrumentos.....	30
4.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	30
4.3.2. Inventário de Saúde mental (BSI-18) – <i>Brief Symptom Inventory 18</i>	31
4.3.3. <i>Relationship Questionnaire</i> – Estilos de Vinculação	32
4.3.4. Escala da Auto-compassão	33
4.4. Procedimentos de recolha de dados.....	34
4.5. Procedimentos estatísticos	35
4.6. Participantes	37
Capítulo 5: Apresentação dos resultados	43
Capítulo 6 - Discussão dos resultados.....	49
6.1. Considerações finais.....	54
Bibliografia	57

Lista de Figuras

Figura 1 - Exemplificação da disposição dos ambientes em “A situação estranha”

Figura 2 - Modelos de Estilos Parentais

Figura 3 - Distribuição da amostra relativamente a faixa etária

Figura 4 - Distribuição da amostra relativamente ao género

Figura 5 - Distribuição da amostra relativamente à orientação sexual

Figura 6 - Distribuição da amostra relativamente à escolaridade

Figura 7 - Distribuição da amostra relativamente ao estado marital

Figura 8 - Distribuição da amostra relativamente a região geográfica

Figura 9 - Distribuição da amostra relativamente a situação profissional

Figura 10 - Distribuição da amostra relativamente ao estatuto socioeconómico

Figura 11 - Distribuição da amostra relativamente a identificação com religião

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Grupos definidos para cada estilo em função da pontuação

Tabela 2 - Itens das subescalas da avaliação da auto-compassão

Tabela 3 - Valores e classificações da magnitude dos coeficientes

Tabela 4 - Resultados da correlação entre auto-compassão e ansiedade

Tabela 5 - Resultados no total da pontuação na auto-compassão comparativamente entre o estilo seguro/não seguro

Tabela 6 - Resultados comparativos entre os níveis de ansiedade e o estilo de vinculação seguro

Tabela 7 - Resultados comparativos entre os níveis de ansiedade e o estilo de vinculação ambivalente

Tabela 8 - Resultados comparativos entre auto-compassão e os géneros masculino e feminino

Tabela 9 - Resultados comparativos entre ansiedade e os géneros masculino e feminino

Tabela 10 - Resultados comparativos entre autocompassão e a identificação com alguma religião

Tabela 11 - Resultados comparativos entre autocompassão com as faixas etárias

Lista de Acrónimos

BSI-18	Brief Symptom Inventory
DGS	Direcção Geral de Saúde
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
ECCE	Escala de Compaixão e Cuidado pelo Eu
ECCO	Escala de Compaixão e Cuidado pelos Outros
EVA	Escala de Vinculação do Adulto
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
SCS	Escala da Auto-compaixão
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TEDx Talk	Technology, Entertainment, Design
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TLC	Teorema do Limite Central

Introdução

O presente trabalho insere-se no projeto “Investigação em saúde mental, qualidade de vida e bem-estar psicológico ao longo do ciclo vital”.

A auto-compaixão é um conceito relativamente recente em pesquisas científicas. O termo diz respeito a abertura do indivíduo em relação ao seu sofrimento, compreender seus próprios erros e falhas como algo necessário no processo de desenvolvimento e derivado da condição humana, a qual envolve acertos e erros (Neff, 2003a).

O sujeito auto compassivo é capaz de se permitir sentir uma segurança emocional sem medo dos seus próprios julgamentos, e dessa forma é capaz de identificar comportamentos e pensamentos mal adaptativos para conseguir uma mudança pessoal (Neff, 2003a). Indivíduos com bom níveis de auto-compaixão apresentam menores índices de perturbações psicológicas (Neff, 2009), contribuindo para o bem-estar psicológico. Já as perturbações de ansiedade, sabe-se que Portugal, segundo o relatório da Direcção Geral de Saúde (DGS), no ano de 2013 foi considerado um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, enfatizando as perturbações de ansiedade. Sabe-se que o impacto das perturbações ansiosas é significativo na vida dos sujeitos, sendo um dos fatores que também altera os níveis de auto-compaixão.

Ademais, acredita-se que os vínculos também são elementos que interferem na auto-compaixão, tendo isso em vista, o presente trabalho aborda o conceito de estilos de vinculação que é subdividido entre o estilo seguro, estilo evitante, estilo ambivalente/resistente e o estilo de vinculação desorganizado/desorientado. Diversos autores referem que adolescentes expostos a críticas maternas e relações familiares estressantes acabam por apresentar baixos níveis de auto-compaixão. Adolescentes com um estilo de vinculação seguro apresentam uma maior confiança nas relações interpessoais e em seu próprio valor como indivíduo (Neff & Mcgehee, 2009).

Diante do exposto, os objetivos deste trabalho são avaliar os níveis dos estilos de vinculação numa amostra normativa, avaliar os níveis de auto-compaixão, avaliar os níveis de sintomatologia ansiógena, avaliar o grau de associação entre estilos vinculativos e auto-compaixão e avaliar o grau de associação entre sintomatologia ansiógena e auto-compaixão numa amostra normativa com seus dados recolhidos por um inquérito online. De maneira a explorar melhor os construtos foram elaboradas oito hipóteses para serem testadas, as quais são: Indivíduos com pontuação mais elevada na sintomatologia ansiógena apresentam menores níveis de auto-compaixão; O estilo de vinculação seguro possui uma pontuação superior nos níveis de auto-compaixão quando comparado ao estilo de vinculação não seguro; O estilo de vinculação seguro apresenta pontuação inferior nos níveis de sintomatologia ansiógena quando

contraposto ao estilo não seguro; O estilo de vinculação ambivalente/resistente apresenta pontuação elevada nos níveis de sintomatologia ansiógena; As mulheres evidenciam níveis superiores de auto-compassão comparativamente aos homens; Os homens apresentam níveis inferiores na sintomatologia ansiógena em comparação as mulheres; Os indivíduos que se identificam com alguma religião ou organização de carácter holístico possuem níveis elevados de auto-compassão; Indivíduos na faixa etária dos 31 aos 60 anos, evidenciam níveis mais elevados de auto-compassão comparativamente aos indivíduos na faixa etária dos 18 aos 30 anos.

A investigação é organizada em quatro secções distintas, onde a primeira realiza um breve enquadramento teórico e conceitual sobre a auto-compassão, os estilos de vinculação e a sintomatologia ansiógena. Na segunda parte descrevem-se as metodologias utilizadas no estudo, incluindo a descrição dos objetivos e hipóteses, os instrumentos utilizados e os procedimentos seguidos no processo de recolha e tratamento de dados. A terceira parte reúne os resultados obtidos através da análise estatística dos dados. A quarta e última parte refere-se a discussão do que foi encontrado, e as considerações finais do estudo.

O atual estudo intenciona acrescentar contributos no âmbito científico, uma vez que a exploração e organização dos resultados obtidos juntamente com estudos previamente publicados instigam questionamentos e reflexões acerca da temática, além de sugestões para futuras pesquisas.

Capítulo 1 - Auto-compaixão

Segundo Neff (2003a) a compaixão está relacionada com a ato de envolver-se pelo sofrimento dos outros, oferecer uma compreensão sem julgamentos àqueles que cometem erros ou falham, pois as ações e os comportamentos são derivados da experiência humana. Já a auto-compaixão é um processo que envolve a abertura de si próprio em relação ao seu sofrimento, ou seja, implica em ver a própria experiência como uma condição humana, reconhecendo o seu sofrimento seus erros e imperfeições como elementos que também são dignos de compaixão, com menos julgamento sobre si próprio (Neff 2003a).

A auto-compaixão tenta mostrar que os sentimentos e pensamentos negativos não devem ser evitados, mas sim vistos com uma consciência mais clara e compreensiva (Castilho & Gouveia, 2011). Quando as emoções negativas são transformadas em sentimentos positivos, consegue-se visualizar de uma forma mais clara a situação e dessa forma se elegem ações mais eficazes e apropriadas para si próprio (Neff 2003a).

Segundo Neff (2003a), as experiências comuns mostram que os indivíduos, geralmente, são mais duros e cruéis consigo próprios do que seriam para outros sujeitos. Os que forem auto-compassivos perante os seus fracassos e imperfeições conseguem tolerar e reconhecer que os erros fazem parte de uma experiência humana comum, dessa forma isso permite que os indivíduos consigam perceber que certas dificuldades acontecem a todos e não apenas a si próprios (Castilho & Gouveia, 2011). Deste modo, os sujeitos são capazes de se proteger do egocentrismo excessivo proveniente dos problemas e sensações internas, fazendo com que se lide melhor com o sofrimento. Além disso todo esse processo coloca a experiência humana de uma forma mais equilibrada pois as emoções negativas não são evitadas e a perspectiva mental torna-se mais clara (Neff 2003a).

Neff (2003a) afirma que não se deve temer que a auto-compaixão leve à passividade, pois a auto-compaixão, requer, essencialmente, que o indivíduo não critique duramente o ego pelas falhas de não cumprimento dos padrões estabelecidos, entretanto, não significa que passem despercebidas e não sejam corrigidas. Além disso, a autora afirma que a falta de auto-compaixão pode ser responsável por demasiada passividade. Segundo Horney (1950) quando o ego é julgado por seus erros de uma forma muito dura e cruel, as suas funções protetoras acabam atuando para que nada lhe cause ameaça. Dessa forma as fraquezas e erros ficarão incontestados.

Quando o sujeito consegue dar compaixão a si próprio, ele é capaz de se permitir sentir a segurança emocional sem medo de condenação própria, e assim conseguindo perceber, compreender e corrigir de forma mais eficaz os seus pensamentos que são mal adaptativos, os seus sentimentos negativos e os seus comportamentos disfuncionais. Além disso, a auto-compaixão fornece uma força motivadora para o crescimento e mudança pessoal, pois uma compaixão por si próprio, muitas vezes, implica em desistir de alguns comportamentos

prejudiciais, mas que se está habituado a fazer, para tomar ações necessárias a fim de um bem estar maior (Neff 2003a).

Na literatura, encontra-se que a auto-compassão é um processo auto-reflexivo, ou seja, exige adotar uma postura de “outro” em relação a si próprio. Dessa forma a auto-compassão evita os aspetos problemáticos da auto-piedade. À vista disso, a auto-piedade é um processo solipsista, o qual os sujeitos são centrados em si mesmos e acabam por esquecer que outros indivíduos enfrentam problemas semelhantes (Neff, Hsieh & Dejjterat, 2005).

Segundo Neff, Hsieh e Dejjterat (2005), a auto-piedade é um processo que faz com que os sujeitos se envolvam de uma forma demasiada por suas reações subjetivas, o que pode ser denominado como “superidentificação” (Neff 2003b). Dessa forma os indivíduos acabam por exagerar na extensão do seu sofrimento pessoal e impedir a adoção de uma postura com uma perspectiva mais objetiva sobre a situação.

Já a auto-compassão demonstra um processo mais equilibrado conseguindo separar-se dos elementos que levam à “superidentificação” e atingem um estado mental denominado “mindfulness”. O termo “mindfulness” proposto por Gunaratana (1993) refere-se a um processo de atenção o qual os indivíduos são incentivados a não ignorar seus sentimentos e pensamentos e mergulhar nessa realidade. Através desse processo se afirma que os sujeitos conseguem olhar sua essência mais profundamente do que usualmente conseguiriam. Dessa forma os indivíduos que experienciam plenamente a auto-compassão acabam por atuar numa perspectiva mais consciente dos seus pensamentos e sentimentos (Neff 2003b).

Em suma, Neff (2003a) propõe as “Três faces da auto-compassão”, que seriam a) auto-gentileza, a qual o indivíduo não critica duramente seus erros e é bondoso e compassivo; b) humanidade-comum, onde as experiências fazem parte da condição humana e não só apenas de si próprio; c) mindfulness, processo o qual os pensamentos negativos e dolorosos estão numa consciência equilibrada ao invés de uma identificação excessiva.

Nos seus estudos mais recentes, Neff (2009) afirma que a auto-compassão está fortemente associada com o bem-estar psicológico. Os sentimentos de felicidade, otimismo, curiosidade e conectividade mostram-se associados aos níveis mais altos de auto-compassão, e dessa forma a ansiedade, depressão e medo do fracasso encontram-se em diminuição. Em ambientes escolares, por exemplo, verifica-se que a auto-compassão está associada positivamente com os objetivos de domínio da aprendizagem e associada negativamente com o cumprimento de metas de desempenho (Neff, Hsieh & Dejjterat, 2005), ou seja, a auto-compassão motiva os indivíduos a aprender e a crescer e não por simplesmente aprovação social.

Além disso, um apoio materno, um funcionamento familiar saudável e uma vinculação segura demonstra níveis mais altos de auto-compassão entre adolescentes. Nesse mesmo estudo mostrou-se que a auto-compassão está parcialmente ligada aos fatores familiares e é um aspeto importante da maturidade (Neff & McGehee, 2009).

Sob um viés diferente, Gilbert & Procter (2006) aborda que a compaixão está enraizada em um modelo evolutivo da teoria da mentalidade social. Dessa forma, a perspectiva sugere que os animais e os seres humanos criam diferentes papéis para seus relacionamentos. Esses papéis são criados através de uma troca de diferentes sinais, provenientes de um sistema de cuidado e afeto desenvolvidos pela vinculação. Deste modo, cria-se uma referência de estado de segurança que fornece ao indivíduo um sentimento de ser cuidado e amado, fazendo com que ele também procure desempenhar estratégias positivas em relação aos outros. Quando o sujeito se encontra nesse estado de segurança, os comportamentos e atitudes estão relacionados de forma positiva e associados à compaixão.

Ainda segundo Gilbert & Procter (2006), a auto-compaixão está subjacente à vinculação e à forma de prestação de cuidados e define que as habilidades de compaixão estão diretamente relacionadas com as competências motivacionais, emocionais e cognitivas para cuidar dos outros e aumentar as chances de sobrevivência e prosperidade.

As habilidades motivacionais encontram-se sobre um desejo de cuidar do bem-estar dos outros, reconhecer a capacidade de detetar e processar a angústia, tolerar o sofrimento dos sentimentos dolorosos no outro ao invés de evitá-los e controlá-los. Afirma-se que para entender a fonte da angústia e do sofrimento é necessário ajudar a pessoa que sente isso e não julgá-la ou ser crítico. A auto-compaixão advém dessas competências para conosco, ou seja, desenvolve-se uma preocupação autêntica com o próprio bem-estar, de maneira que ser sensível, compreensivo e tolerante seja uma forma de desenvolver compaixão sem ser tão crítico consigo próprio (Gilbert & Procter 2006).

Além disso, afirma-se que a auto-compaixão está relacionada com a prestação de cuidados e envolve investimento e atenção para com o objeto cuidado, no caso o eu, e dessa forma é necessário suprimir a agressão e dedicar empatia, simpatia e afeto com si próprio. Ainda é importante perceber que as experiências precoces no que dizem respeito à segurança e ameaça encontram-se diretamente ligadas ao desenvolvimento do sistema de afeto positivo e compaixão e/ou em um sistema de ameaça e procura por segurança (Castilho & Gouveia, 2011).

Portanto, uma relação de vinculação segura com figuras que são de algum modo significativas permite um desenvolvimento de competências e respostas mais empáticas e compassivas para si e aos outros. Pessoas que foram submetidas precocemente a um ambiente de críticas e ameaças ou que não se sentiram suficientemente cuidadas e seguras demonstram uma natureza de difícil aprendizagem de capacidade compassivas, seja na relação com os outros seja na relação consigo próprio (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert 2005a).

Decorrente de investigação teórica, surge o desenvolvimento de um instrumento capaz de mensurar a auto-compaixão. Neff (2003a, 2003b) englobou os três principais componentes desse conceito que estão interligados e interagem mutuamente: (1) Calor/Compreensão vs. Auto-crítica; (2) Condição Humana vs. Isolamento; (3) Mindfulness vs. Sobre-identificação. Então,

com o intuito de investigar a auto-compaixão, a autora desenvolveu uma escala para medir esses três fatores em seis subescalas separadas.

A Escala de Auto Compaixão (*Self-Compassion Scale - SCS*) tem sido o instrumento que é maioritariamente usado afim de investigar esse conceito. É uma escala constituída por 26 itens, os quais são divididos em 6 subescalas, que são: a) Calor/Compreensão (5 itens); b) Isolamento (4 itens); c) Condição Humana (4 itens); d) Autocrítica (5 itens); e) Mindfulness (4 itens); f) Sobre-identificação (4 itens). As respostas variam de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) (Neff, 2003a).

A autora realizou análises fatoriais confirmatórias para cada um dos componentes da escala e certificou que as seis dimensões do seu instrumento possuem fortes inter-correlações. Além disso, nas investigações acerca da escala, os resultados sugerem que a auto-compaixão configura ser um elemento proveniente de uma combinação de outros componentes. Em consoante, os resultados verificam uma boa consistência interna para o total da escala e para as subescalas (Neff, 2003a; 2003b).

O instrumento foi adaptado e validado noutros países, e em Portugal conta com a versão testada em amostras clínicas e não-clínicas de adultos por Castilho, Pinto Gouveia e Duarte (2015). Nessa versão Portuguesa as propriedades psicométricas e os índices de consistência interna também apresentam-se bons tanto ao nível geral como para as subescalas correspondentes. No que diz respeito à adaptação do instrumento no país, sabe-se que as questões culturais e de linguagem foram melhor ajustadas para um bom entendimento, entretanto, o seu conteúdo não ficou diferenciado da versão original. Incluíram-se apenas exemplos ao final de cada item para torná-los mais compreensivos para a população portuguesa (Cunha et al., 2013).

Na literatura, encontram-se outros instrumentos com a finalidade de medir a auto-compaixão, como a Escala de Compaixão e Cuidado pelo Eu (ECCE) e a Escala de Compaixão e Cuidado pelos Outros (ECCO), que foram desenvolvidas por Gilbert (2007) e que visam avaliar a auto-compaixão e a compaixão por outros.

No que diz respeito aos estudos realizados com a finalidade de investigar a auto-compaixão e outras variáveis, constata-se que a auto-compaixão se encontra de uma forma positiva e significativa relacionada com a inteligência emocional, uma vez que as dimensões de clareza e reparação emocional sugerem que estejam associadas com a capacidade de identificar e compreender com maior clareza as emoções, e também de equilibrar as emoções negativas (Neff, 2003a). A mesma autora ainda encontrou uma significativa associação da auto-compaixão com a satisfação com a vida. Há uma grande parcela de pesquisadores que buscam as relações entre auto-compaixão e bem-estar, e muitas dessas investigações utilizam a Escala da Auto-compaixão (SCS) elaborada por Neff (2003a; 2003b).

Nesse sentido, alguns estudos sugerem que os altos níveis de auto-compaixão estão associados com altos níveis de bem-estar, e mediante isso, os scores da SCS também evidenciaram bons níveis de felicidade, otimismo, satisfação com a vida, apreciação do próprio corpo,

competência e motivação. Sob a mesma condição, percebe-se que há baixos níveis de depressão, ansiedade, estresse, ruminação, vergonha do próprio corpo e medo do fracasso (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff, Hsieh & Dejithirat, 2005; Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Em relação ao bem-estar, Parente, Cunha, Galhardo & Couto (2018) realizaram uma pesquisa que possuía o objetivo de analisar de que maneira o bem-estar subjetivo (satisfação com a vida e os afetos), estado de saúde física e mental, e a autocompaixão são associados em sujeitos com idade avançada. Os resultados destacam a existência de associações positivas entre o bem-estar subjetivo, a saúde física e mental, e a auto-compassão. Os autores enfatizam que em outros estudos com a população idosa foi verificado que a auto-compassão se associa também ao estado de saúde físico e mental. Compreende-se que atitudes auto-compassivas permitem perceber dificuldades do próprio envelhecimento de uma forma mais compreensiva e clara, e também reagindo de formas mais adaptativas frente a elementos que possam ser estressores.

Ainda diante desse estudo, a satisfação com a vida expressa-se como um contributo significativo, tanto para a saúde física quanto para a mental. E no modelo preditivo da satisfação com a vida em população idosa, as variáveis de saúde física e auto-compassão são relevantes. Portanto, os níveis mais elevados de auto-compassão e melhor estado de saúde física são relacionados a uma melhor satisfação de vida em idosos. Já o estado de saúde mental subjetiva foi relacionado com a satisfação com a vida, afetos negativos e auto-compassão, ou seja, bons níveis em saúde mental dizem respeito a uma forma calorosa com que se encara os acontecimentos não tão bons da vida, os entendendo como parte da experiência humana (Parente, Cunha, Galhardo & Couto, 2018).

Além disso, a auto-compassão expressa o desejo pela saúde e bem-estar do próprio sujeito, e dessa forma também é associada com uma maior iniciativa de crescimento pessoal para realizar as mudanças necessárias na vida do indivíduo. Nesse sentido, entende-se que ser auto-compassivo é não repreender as falhas, admitir os erros e também modificar comportamentos que não são benéficos para si, e, por fim, assumir uma nova posição frente a situação. Neff, Hsieh & Dejithirat (2005) em um estudo realizado em sala de aula, enfatizam que os indivíduos que são auto-compassivos têm uma maior motivação a aprender e crescer, uma vez que a auto-compassão é associada com os domínios da aprendizagem e não exclusivamente com atingir metas de desempenho.

Outro estudo verificou que os pensamentos automáticos acabam por aumentar o nível de auto-julgamento dos sujeitos e, conseqüentemente, diminuir os níveis da auto-compassão, visto que os pensamentos automáticos não colaboram com a aceitação da própria experiência e fazem com que o sujeito não consiga visualizar seus pensamentos de forma clara (Neff, 2003a; Bluth & Blanton, 2014).

Neff & McGehee (2010) desenvolveram uma pesquisa que tinha como objetivo analisar a auto-compassão numa amostra de adolescentes e compará-la com um grupo de jovens adultos. Os

resultados salientam uma similaridade nos índices de auto-compassão entre essas duas amostras. Porém, a auto-compassão em ambos os grupos surge como preditora da saúde mental, e quanto mais elevada se verificam menores níveis de depressão e ansiedade, e maiores os níveis de sentimentos de ligação/conexão social. Nesse sentido o estudo ainda revelou que um suporte materno, um funcionamento familiar equilibrado e uma vinculação segura contribuem de forma positiva e significativa para o sentimento de auto-compassão.

Ainda, outra investigação revelou que o treino de Mindfulness com base na terapia cognitivo comportamental é capaz de aumentar os níveis de auto-compassão e mindfulness, além de reduzir os sintomas de depressão e ansiedade. Foi feita uma comparação entre as médias do momento pré treino e pós treino com 41 participantes, e evidencia-se uma redução nos níveis de estresse e da sintomatologia depressiva e ansiógena. Após a participação dos sujeitos no treino, os níveis de auto-compassão estão significativamente e positivamente correlacionados com o mindfulness ($r = .655, p < .001$) e negativamente correlacionados com a percepção de estresse ($r = -.644, p < .001$) e com os sintomas de ansiedade ($r = -.411, p < .005$) (Serrão & Alves, 2018).

Em investigações realizadas por Barnard e Curry (2011) sobre associações entre auto-compassão, os autores evidenciaram que os resultados de seus dados mostram que a auto-compassão e a auto-estima global não são idênticas. Inclusive, a auto-estima é, em muitas vezes, positivamente associada com construtos negativos, como por exemplo, o narcisismo. Em alguns casos, a auto-compassão aparece como um elemento protetor contra os sentimentos de inferioridade, raiva e catastrofização, enquanto a auto-estima não.

Ainda sobre a mesma pesquisa, a auto-compassão foi negativamente associada com a ansiedade e depressão. Além disso, foi verificado que a auto-compassão tem correlação positiva com a inteligência emocional e a regulação de emoções, uma vez que a primeira se refere a compreender os próprios sentimentos para conseguir regulá-los.

Em um estudo de Neff e Vonk (2009) verificou-se que a auto-compassão, quando comparada aos níveis de auto-estima, é associada a sentimentos mais estáveis ao longo do tempo. Entende-se diante disso que a auto-compassão promove uma proteção mais resistente contra a comparação social, auto-ruminação, raiva e mente fechada. Ainda foi constatado no estudo que a auto-compassão não tem correlação com o narcisismo. Frente a isso, compreende-se então que a atitude auto-compassiva é uma maneira útil e mais eficaz do próprio indivíduo do que a auto-estima, porque existe uma estabilidade dos sentimentos.

Um estudo realizado a fim de averiguar o tipo de experiência adversa na infância que contribui para o desenvolvimento de uma atitude compassiva para com o *eu*, contou com 631 participantes alunos do curso de Psicologia de duas Universidades em Coimbra, Portugal. Como resultados os comportamentos parentais de crítica controle e desinteresse estão associados a um estilo auto-crítico e produzem emoções negativas, como ansiedade, tristeza e raiva, e, dessa forma, contribuem para uma baixa auto-compassão. Além disso essa investigação evidenciou que nos homens a relação com um pai crítico, hostil, desinteressado e rejeitador,

está correlacionado com uma postura mais crítica e punitiva do sujeito. Nesse mesmo estudo uma outra análise permitiu compreender que nas mulheres uma relação com uma mãe mais controladora, fria e crítica favoreceu o desenvolvimento de um estilo mais auto-crítico e contribui para o surgimento de sentimentos de vergonha (Castilho & Pinto Gouveia, 2011).

Numa pesquisa realizada com mulheres a fim de investigar a auto-compassão, auto-estima e auto-eficácia geral (Souza & Hutz, 2016) encontrou-se um maior nível de auto-compassão em sujeitos mais velhos. Entretanto, as diferenças etárias não possuem um firme respaldo nas investigações sobre auto-compassão. Ademais, com relação à auto-estima, as mulheres mais velhas apresentam um maior índice, e sabe-se que auto-compassão e auto-estima mostram-se correlacionadas de modo positivo e significativo noutros estudos (Neff & Vonk, 2009).

Em relação ao contexto acadêmico, um estudo feito por Neff, Hsieh & Dejitterat (2005) que relacionava a auto-compassão com o fracasso nesse âmbito, salienta que maiores níveis de auto-compassão proporcionam menores níveis de ansiedade e preocupação com o contexto mencionado e uma menor tendência à procrastinação.

Com o intuito de verificar os níveis de auto-compassão entre diferentes países, foi observado que a religião faz parte da cultura de cada povo, manifestada em crenças e modos de vida. Então, evidenciou-se que o povo tailandês praticante do budismo manifesta altos níveis de auto-compassão quando comparado com povos taiwaneses e americanos (Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008).

O aumento do número de estudos acerca da auto-compassão e de sua relação com outras variáveis, conduz ao desenvolvimento de uma proposta de intervenção terapêutica que desenvolveu competências de auto-compassão. Trata-se do Treino da Mente Compassiva (Compassive Mind Training) elaborado por Gilbert (2006), o qual foi desenvolvido para pessoas com níveis altos de vergonha e auto-criticismo.

Gilbert (2006) afirma que a vergonha tem sido vista como um componente que influencia a saúde mental e também favorece a propensão à agressão. Além disso, o sentimento de vergonha e inferioridade pode acabar contribuindo para uma sintomatologia depressiva, e estilos mais rígidos de ser. Portanto, indivíduos com esses sentimentos acabam atuando de uma forma mais autocrítica, e dessa forma, aumentando para uma série de dificuldades (Cheung, Gilbert & Irons, 2004).

Em relação à autocrítica entende-se que está associada à disposição da vergonha, e pode emergir de diferentes fontes, também, se salienta que a autocrítica demonstra uma incapacidade de tentar acalmar os sentimentos e pensamentos negativos quando o indivíduo se encontra numa situação que lhe cause ameaça e vergonha (Gilbert & Procter, 2006).

No Treino da Mente Compassiva entende-se que a autocrítica é um processo complexo que atua de diferentes formas e com diferentes funções. Uma função que se pode citar é a autocorreção, ou seja, o indivíduo é extremamente crítico consigo próprio com o intuito de não cometer erros,

para alertar sobre os seus erros ou para se esforçar até atingir um determinado objetivo. Uma outra função pode ser prejudicar o ego e desprezar as próprias atitudes, pois acredita-se que dessa forma está se livrando de aspetos ruins presentes em si mesmo. Essas duas formas e funções da autocritica estão fortemente associadas à vergonha, entretanto, é o modo com que o sujeito funciona, podendo ser uma estratégia de segurança e de auto-regulação (Gilbert & Procter, 2006).

Assim, ao invés de identificar esses comportamentos como distorcidos, tenta-se mostrar ao sujeito que ele está tentando fazer o seu melhor para regular situações difíceis e memórias dolorosas. Dessa forma, é enfatizado que os pensamentos automáticos surgem como um resultado dessas emoções e condicionam a agir de tal forma, e entender isso pode ajudar a descentralizar todo esse funcionamento para fomentar a empatia e compreensão, que são essenciais para a auto-compassão (Gilbert & Procter, 2006).

O Treino da Mente Compassiva tem como objetivo principal ajudar os indivíduos a desenvolver um entendimento mais compassivo de todo o seu sofrimento, aprender a tolerar os seus sentimentos, emoções e pensamentos de uma forma mais consciente e não de uma forma automática, gerando diversos comportamentos (Gilbert & Procter, 2006). Entretanto, ao explorar a literatura percebe-se que o uso desse treino para pessoas com baixa auto-compassão requer mais estudos sobre seus resultados, e seu material ainda é escasso.

Portanto, compreende-se que a auto-compassão diante dos estudos realizados anteriormente supracitados, é um construto relacionado a saúde psicológica e ao bem-estar dos indivíduos, além de servir como uma estratégia de regulação emocional com efeitos de proteção do desenvolvimento do sujeito. Dessa forma, pretende-se explorar a relação da auto-compassão com a ansiedade, uma variável indicadora de saúde mental, e a relação com os estilos de vinculação.

Capítulo 2 - Estilos de Vinculação

Ao longo dos séculos, sabe-se que a psicanálise foi uma das abordagens a afirmar que o primeiro relacionamento humano de uma criança é a principal peça para sua personalidade. Entretanto, por tempos não foi acordado e compreendido a natureza e origem dessa forte vinculação. Devida a importância desse relacionamento primordial, uma vez que nota-se que um bebê, no decorrer de doze meses já cria fortes laços com a sua figura materna, fez-se necessário o desenvolvimento de algumas primeiras teorias acerca do tema, e afim de entender melhor sobre a Teoria da Vinculação, recorreu-se a uma breve explanação sobre os seus primeiros estudos, os quais são:

- 1) O Instinto Secundário: a criança sabe que tem um número de necessidades fisiológicas que devem ser atendidas, principalmente no que se refere à alimentação e calor. Por conseguinte, a mãe é sua fonte de gratificação, uma vez que ela atende à todas essas necessidades primordiais do bebê. Então, a criança acaba por sentir interesse e apego a essa figura humana, pois consegue compreender que a partir dela terá suas urgências atendidas (teoria também chamada de relações objetais);
- 2) Instinto de Amamentação: existe um instinto em bebês a se relacionar com o seio humano, afim de sugá-lo. No decorrer dessa interação, a criança descobre que a figura materna está ligada ao seio e acaba por relacionar-se com ela também (teoria também chamada de objeto primário);
- 3) Instinto de agarrar-se: há um instinto em bebês para estar em contato e apegar-se a outro ser humano, independentemente da satisfação de suas necessidades, esse instinto vai além de necessidades fisiológicas atendidas;
- 4) Teoria do desejo primário de retorno ao ventre: os bebês sentem uma grande necessidade de voltar ao ventre para se sentirem seguros do mundo externo.

A teoria que foi maioritariamente aceita no decorrer dos anos foi a teoria do Instinto secundário. Entretanto, ao longo dos tempos, diversas observações sobre o cuidado inadequado na primeira infância, juntamente com a ansiedade de separação em crianças pequenas movimentaram os estudos do psicanalista inglês John Bowlby. Ele tinha como objetivo compreender os desdobramentos do cuidado materno no desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida (Bowlby, 1969/1990).

Segundo a revisão histórica feita na pesquisa de Bretherton (1992), *The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*, em 1948, Bowlby contratou James Robertson para ajudá-lo a observar crianças hospitalizadas e institucionalizadas que foram separadas dos seus pais. Robertson possuía treino avançado em observação naturalista, obtido por ser um objeto de consciência do Serviço Militar durante a segunda guerra mundial, quando foi empregado por Ana Freud no *Hampstead Residential Nursery for Homeless Children*.

Anna Freud exigia que todos os membros da equipe, não importando seus treinamentos ou funções escrevessem anotações sobre o comportamento das crianças, e elas eram usadas como uma base para o grupo semanal de discussões. O minucioso treinamento em observação de crianças que Robertson obteve no *Hampstead Residential Nursery* foi a última contribuição de Anna Freud para o desenvolvimento da teoria da vinculação.

Depois de dois anos coletando dados de crianças hospitalizadas para os projetos de pesquisa de Bowlby, Robertson protestou que não podia continuar como um pesquisador não envolvido, sentiu-se compelido a fazer algo pelas crianças que ele havia observado. Teve a iniciativa, mesmo com um baixo orçamento e pouco treinamento, a fazer o filme profundamente comovente *A Two-Year-Old Goes to Hospital* (Robertson, 1953a, 1953b; Robertson & Bowlby, 1952). Prevendo o potencial impacto deste filme, Bowlby insistiu que ele fosse cuidadosamente planejado para garantir que ninguém mais tarde pudesse acusar Robertson de gravação tendenciosa.

A criança alvo foi selecionada aleatoriamente, e o relógio do hospital na parede serviu de prova de que a amostragem do tempo ocorria em períodos regulares do dia. Com a preocupação do estresse emocional que as crianças hospitalizadas sofriam, o documentário era com base em um internamento de oito dias de uma criança chamada Laura, a qual tinha 2 anos e 5 meses e foi diagnosticada com uma hérnia umbilical. No filme, Bowlby e Robertson (1952) evidenciaram a ansiedade de separação, além da inquietação da criança pela ausência da mãe, e a mudança da relação mãe-criança, pois identificaram que quando a figura materna retornava ao hospital para visitas, a filha, em um primeiro momento, a tratava com desconfiança e somente depois agia com mais proximidade.

O primeiro filme de Robertson, juntamente com o filme de Spitz's (1947), *Grief: A Peril in Infancy*, ajudou a melhorar o destino das crianças hospitalizadas em todo o mundo ocidental, apesar de inicialmente ter sido altamente controverso entre os médicos. Quando Mary Ainsworth chegou à unidade de pesquisa de Bowlby no final de 1950, foi encarregada de analisar os dados de James Robertson, e ficou tremendamente impressionada com seus registros do comportamento das crianças e decidiu que ela iria simular seus métodos de observação naturalística se ela algum dia fizesse um estudo próprio (Ainsworth, 1983).

Enquanto isso, os primeiros escritos de Bowlby sobre as experiências familiares de crianças sem afeto levaram Ronald Hargreaves, da Organização Mundial da Saúde (OMS), a comissioná-lo a escrever um relatório sobre a saúde mental de crianças em situação de rua na Europa do pós-guerra. A preparação do relatório da OMS deu a Bowlby a oportunidade de escolher muitos profissionais e pesquisadores da Europa e dos Estados Unidos que estavam preocupados com os efeitos da separação e privação materna em crianças pequenas, incluindo Spitz (1946) e Goldfarb (1943, 1945). O relatório foi escrito em 6 meses e traduzido para mais de 10 idiomas, e as vendas obtiveram êxito, alcançando 400.000 exemplares em inglês.

Nos conceitos postulados por Bowlby (1969, 1990), a vinculação é como uma classe de comportamento social que se assemelha ao mecanismo de alimentação e de sexualidade. Possui uma função biológica e que não faz referência a necessidades ou impulsos, e considera-se que a vinculação ocorre quando determinados sistemas comportamentais são ativados. Além disso, o autor salienta que esses sistemas comportamentais se desenvolvem no bebê como resposta a um resultado de interação com o ambiente, essencialmente com a figura materna, e que a alimentação apenas é uma pequena parte do seu desenvolvimento.

A relação da criança com suas figuras de cuidados é instaurada através de um conjunto de sinais inatos provenientes do bebê que busca por proximidade (Bowlby 1973, 1984). A vinculação na vida dos indivíduos implica no conhecimento de uma figura que está disponível a oferecer respostas e possibilitar um sentimento de segurança frente às dificuldades, e dessa forma fortalecer a relação (Cassidy & Shaver, 1999). A vinculação afetiva consegue se desenvolver, permeada pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, e também pela estabilidade dos cuidados, pela responsividade e sensibilidade dos seus cuidadores. Diante disso, a premissa base da teoria da vinculação é que as relações de vinculação que são estabelecidas na infância têm influência sobre o estilo de vinculação que o indivíduo vai assumir ao longo do seu ciclo vital (Bowlby, 1989).

Complementarmente, denota-se que a figura vinculativa também é vista como uma base de segurança, a qual permite à criança conseguir maior autonomia para explorar o ambiente. Essa relação com a figura vinculativa possibilitará que os modelos de funcionamento psicológico (*working models*) e os estilos de regulação de emoções se organizem, que posteriormente, poderão ser usados para situações similares. Os modelos de funcionamento são normas assimiladas que regem os processos internos e externos de conhecimentos sobre as relações (Bowlby 1969, 1990).

A teoria da vinculação enfatiza sobre o comportamento vinculativo, o qual se refere às ações que o sujeito realiza afim de manter proximidade com outro, eleito mais capaz de lidar com o mundo, para se sentir seguro (Bowlby, 1989; Cassidy & Shaver, 1999). Ademais, em relação ao tema, os estudos de Ainsworth (1963) também foram de mais valia para o desenvolvimento da teoria da vinculação e acrescentou juntamente às pesquisas de Bowlby. A autora investigou os fatores determinantes da proximidade no comportamento da relação criança-mãe, e se evidenciou que o modelo vinculativo que o sujeito desenvolve durante a infância é estreitamente influenciado pelo tratamento dado por seus cuidadores, e também está relacionado a fatores temperamentais e genéticos.

Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978) realizou um estudo, o qual exigia a observação do comportamento de crianças entre 12 e 18 meses de idade que eram expostas a uma experiência que consistia em serem separadas, por um breve período de tempo, da mãe, e após eram reunidas com ela novamente.

Sabe-se que inúmeras variáveis foram analisadas pelos observadores, mas as de maior importância foram a exploração com o uso da locomoção pelo ambiente, a exploração manipulativa, exploração visual, orientação visual, riso, vocalização do comportamento oral e choro (Ainsworth, 1978).

Os objetivos principais consistiam em identificar as maneiras com que as crianças lidavam com a ansiedade causada pela saída da mãe, pela presença de um estranho e o momento de encontro. Esta investigação consistiu numa pesquisa mais ampla e permitiu que os investigadores visitassem as crianças regularmente para observações durante todo o ano sucessivo da primeira experiência. Concluiu-se, baseado na observação, que existiam 3 tipos de estilos vinculativos, os quais são: seguro, inseguro-evitante e inseguro-ambivalente. Por conseguinte, foi evidenciado que o tipo de vinculação aferida no final do primeiro ano estava interligada com o tipo de interação que a criança teve com a mãe no início do estudo (Ainsworth, 1978).

Diante do exposto, verificou-se que mães responsivas aos cuidados com seus filhos, permitiam à criança uma vinculação mais segura, bem como mães não responsivas contribuíam com vinculações evitantes, e mães com respostas muito instáveis propiciavam vinculações ambivalentes (Ainsworth, 1978). Crianças com um modelo seguro podem chorar ou até mesmo protestar a ausência do cuidador, entretanto são capazes de obterem o que precisam com eficácia e rapidez, demonstrando maior resiliência e flexibilidade frente à situações estressantes. Além disso, tem uma maior tendência em serem cooperativas e raramente sentem raiva.

Já bebês com modelo evitante demonstram pouca emoção, seja positiva ou negativa, e não são afetados pela ausência ou retorno do cuidador. Crianças com modelos ambivalentes mostram-se mais ansiosas antes da ausência do cuidador e apresentam-se perturbados com sua saída. Quando o cuidador retorna, as crianças têm a tendência de exprimir sua raiva e aflição, o que normalmente torna-se difícil pois ela frequentemente não consegue obter consolo, uma vez que a raiva supera a necessidade de consolação (Papalia, 1981).

Numa pesquisa realizada por Main e Solomon (1986) foi constatado um quarto padrão de vinculação, o modelo vinculativo “desorganizado-desorientado”, o qual é o menos seguro. Segundo os autores, nesse padrão o bebê mostra não possuir estratégias para lidar com as situações adversas propostas pela investigação da Situação Estranha de Ainsworth. Nesse sentido, observou-se que essas crianças procuram intimidade e aproximação com a pessoa estranha e não com o cuidador, demonstrando comportamentos repetitivos e contraditórios. Quando o cuidador retorna, essas crianças até vão ao seu encontro, porém logo se afastam e ao se aproximarem novamente não mantêm contato visual.

Esse modelo descrito acima, tem maior predominância em bebês prematuros, cuidadores que abusam de álcool ou drogas, cuidadores que sofreram perdas não resolvidas ou até mesmo problemas com seu próprio modelo vinculativo com seus pais. Além disso, também há predominância em cuidadores insensíveis, intrusivos ou abusivos e temerosos, propiciando que

a criança não consiga aliviar o medo que sente em relação a sua figura vinculativa (Bernier & Meins, 2008).

Dessa forma, entende-se que os estudos de Ainsworth, Main e Solomon em conjunto com Bowlby, acrescentaram ideais centrais e conceitos para a teoria da vinculação. Uma conceção central da teoria vinculativa de Bowlby aponta que a relação entre mãe e criança é a repercussão do tipo de interação que elas possuem desde o início da vida. Esse pressuposto salienta que a qualidade da interação no decorrer da infância é o resultado do modelo interno de representações, o que consiste em modelos usados pelas crianças para antecipar e se relacionar com o mundo externo. Por exemplo, a criança com uma vinculação segura elabora um modelo mais confiável e responsivo do seu cuidador, e com isso entende a si próprio como um sujeito que merece atenção e amor. Em contrapartida, uma criança que tem uma vinculação insegura, concebe o mundo e suas relações como algo perigoso e intitula-se como um sujeito que não merece amor e atenção. Diante do exposto, compreende-se que a qualidade da vinculação pode ser relacionada com o funcionamento da criança, sua sociabilidade, sua auto-estima e suas habilidades cognitivas (Owens, 1995).

Bowlby (1989) apresentou seu conceito de modelos internos de funcionamento definindo como a construção que a criança faz de um modelo interno que representa si mesma, e isso é baseado na forma como foi cuidada. No decorrer de sua vida, a partir desse modelo internalizado, a criança tem a possibilidade de acreditar em si, ter sentimento de autonomia, e a liberdade para explorar o ambiente. Diante disso, entende-se que os sujeitos elaboram esse modelo interno de funcionamento com base nas suas experiências com suas figuras de vinculação. Sabe-se que a construção dessas representações são feitas cedo no desenvolvimento, entretanto, elas continuam em lenta evolução, mas tendo de ponto de partida as experiências infantis.

Na literatura encontra-se algumas teorias que relacionam os estilos de vinculação e os estilos parentais. Numa breve explicação, observa-se que com o advento da preocupação em 1930 sobre como educar os filhos e as melhores maneiras para um bom desenvolvimento, Baumrind (1966) conceitualizou um modelo teórico que descrevia os estilos de controle parental, propondo três modelos: autoritário, autoritativo e permissivo.

- a) Estilo autoritário: possuem um controle e avaliam o comportamento da criança conforme as regras já estabelecidas e, na maioria das vezes, são rígidas. Valorizam a obediência e utilizam medidas punitivas quando entendem que a criança teve um comportamento diferente do estipulado.
- b) Estilo permissivo: esses pais apresentam um modelo tolerante e com maior aceitação frente os comportamentos e impulsos da criança. Tentam não tomar medidas punitivas, evitam posições de autoridade e evitam impor restrições. Permitem à criança a tomada de decisão e possuem poucas regras quanto à rotina.
- c) Estilo autoritativo: tentam guiar as atividades dos filhos de forma mais racional e orientada, possuem um controle firme, mas carinhoso, são responsivos frente às

demandas da criança, incentivam o diálogo e fazem questão de compartilhar o raciocínio por de trás de uma regra. Enfatizam o ponto de vista do adulto, porém também tentam abranger o da criança, entendendo que ela também possui desejos e suas próprias singularidades.

A autora entende que o estilo autoritativo é o ideal, pois os pais desse modelo são altamente comprometidos e tentam investir ao máximo na educação dos filhos. Além disso, eles possuem altos níveis de exigência, mas também são afetuosos e fonte de apoio dos filhos, fazendo com que assim o ambiente seja estimulante para a criança. Ademais, sugere-se que pais autoritativos apresentam uma parentalidade mais eficaz e ainda capazes de promover a socialização do filho. Já os pais com os outros estilos apresentam-se com uma comunicação ineficaz e não ajudam na questão da maturidade da criança (Baumrind, 1966).

Posteriormente, Maccoby e Martin (1983) elaboraram, em relação ao estilo parental permissivo, mais dois modelos, os quais são: Indulgente e negligente. Eles diferenciaram os modelos em função da exigência e responsividade, e assim sistematizaram que:

- 1) Pais autoritários acabam por ser mais exigentes, porém não são responsivos, isto é, as exigências feitas são desequilibradas em relação aos desejos dos filhos, e fazem com que inibam suas vontades;
- 2) Pais autoritativos são exigentes e responsivos, pois compreendem que suas exigências devem ser atendidas da mesma forma que as exigências dos filhos também;
- 3) Pais indulgentes são responsivos, entretanto não são exigentes;
- 4) Pais negligentes não são exigentes nem responsivos, e acabam por atender às vontades dos filhos apenas para cessá-las. Pode-se visualizar esses modelos na figura 2 abaixo:



Figura 2: Modelos de Estilos Parentais

Fonte: <https://www.psicoeu.com.br/2018/07/estilos-parentais-pais-e-filhos-suicidio-adolescentes.html>

Entende-se que as relações com as figuras parentais são de extrema importância para o desenvolvimento de jovens adultos, e sabe-se também sobre como o início apresenta efeitos ao longo do ciclo vital, expresso em relações de amizade e amorosas. Dessa forma, Granja e

Mota (2018) em suas investigações acerca de estilos parentais, vinculações e vinculações amorosas, afirmam que os estilos parentais são de grande importância para o desenvolvimento e estabelecimento de relações de vinculação com o par romântico.

Uma relação saudável nas relações românticas no desenvolvimento de um jovem adulto/adulto, é alicerçado pela vinculação segura e sentimentos de satisfação e confiança no cônjuge. Entende-se que os estilos parentais elaboram as expectativas com que os adultos estabelecem as relações e a vinculação contribui para experiências satisfatórias ou não. O suporte emocional vindo das figuras parentais é absorvido enquanto criança e tende a ser reconhecido pelo jovem quando ele inicia sua adolescência, e dessa forma, são capazes de desenvolver sua autonomia e desenvolvimento de relações interpessoais mais íntimas.

No que se refere a avaliação dos estilos vinculativos, sabe-se que Hazan e Shaver (1987) foram influenciados pelas investigações de Ainsworth acerca da temática da vinculação, e dessa forma, tentaram elaborar esses conceitos para a idade adulta, principalmente no que tange à relação amorosa. Diante disso, construíram um instrumento de auto-resposta, onde o indivíduo deve escolher entre parágrafos aqueles que mais se identificava. A descrição dos parágrafos consistia em situações com os três estilos de vinculação - evitante, seguro, ambivalente -. Entretanto, com o decorrer do tempo, percebeu que o instrumento continha limitações.

Com o objetivo de dar continuidade aos estudos sobre avaliação da teoria da vinculação, surge a Escala de Vinculação do Adulto - *Adult Attachment Scale-R (EVA2)*. Originalmente a escala foi elaborada por Collins & Read (1990) e foi adaptada à população portuguesa por Canavarro, Dias e Lima (2006). Tem como objetivo a identificação dos padrões de vinculação dos indivíduos adultos nas suas relações, de forma que possa se explorar os padrões de vinculação estabelecidos na infância, e analisar as três dimensões da vinculação: Ansiedade, Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade.

A Ansiedade se refere ao grau do sintoma sentido pelo indivíduo e está relacionado com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser desejado. A Confiança nos Outros corresponde ao grau de confiança que o indivíduo tem nos outros, bem como a disponibilidade destes quando sentida como necessária. Por fim, o Conforto com a Proximidade diz respeito ao grau com que o sujeito se sente confortável com a proximidade e a intimidade (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Essas classificações dos padrões de vinculação traduzidas para o português como ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros, são expressas por vinculação segura, preocupada, desligada e amedrontada, os quais são propostos por Bartholomew & Horowitz (1991) em seus estudos.

O instrumento é constituído por 18 itens os quais são feitos de forma afirmativa, e expressam na sentença a forma como o indivíduo respondente se sente frente às situações, por exemplo “estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas”. As respostas para cada item são registradas numa escala Likert de 5 pontos, sendo o menor expresso como “nada característico em mim” a “extremamente característico em mim”.

Bartholomew e Horowitz (1991) descreveram em seu trabalho quatro diferentes modelos de vinculação no adolescente e no adulto, os quais variam conforme seus níveis de ansiedade e evitação. No que se refere a ansiedade entende-se que ela se relaciona com as crenças que o sujeito tem sobre si mesmo e seu valor próprio. Já na esfera da evitação, sabe-se que diz respeito às expectativas sobre os outros como pessoas confiáveis e promotoras de apoio.

Frente as quatro dimensões conceitualizadas por Bartholomew e Horowitz (1991) sabe-se que:

- a) Vinculação segura: é denominada como confiança, conforto e intimidade, o que acaba por relacionar-se com baixos níveis de evitação e ansiedade.
- b) Vinculação evitante: pode ser caracterizada como inveja e apego, o que é associada com baixa evitação mas alta ansiedade.
- c) Vinculação ambivalente/resistente: é descrita como atitudes de desconfiança e sentimentos de inadequação, receio de vinculação e da intimidade, e correspondem por alta evitação e alta ansiedade.
- d) Vinculação desorganizada/desorientada: é denominada como a subestimação da importância das relações, desligado da intimidade com os outros, e com a auto-estima inflada. Apresenta altos níveis de evitação e baixa ansiedade.

Dessa forma, foi elaborado o instrumento *Relationship Questionnaire*, de Bartholomew e Horowitz (1991), o qual apresenta aos respondentes quatro parágrafos que descrevem os quatro estilos de vinculação desenvolvidos pelos autores. Então, solicita aos participantes auto-avaliações numa escala de sete pontos que parte do “Não tem nada a ver comigo” até “Tem muito a ver comigo”. No presente estudo foi utilizado esse instrumento para a recolha de dados.

Ao buscar na literatura estudos recentes sobre a temática, observa-se que ainda há pouco material científico. Entretanto, cabe ressaltar uma investigação que verificava o estilo vincutivo e ansiedade das mães e seus filhos. Como resultado, verificou-se que mães com perturbações ansiosas tinham filhos que manifestavam uma vinculação insegura, e mães e filhos com uma vinculação segura pontuavam baixos níveis de ansiedade e depressão. Nesse estudo, todas as crianças diagnosticadas com ansiedade tinham um padrão de estilo vincutivo inseguro (Manassis, Bradley, Goldberg, Hood & Swinson, 1994).

Em outro estudo, foi observado a relação entre os estilos de vinculação da infância e adolescência comparativamente com a ansiedade. Foi verificado que crianças correspondentes ao estilo vincutivo ansioso/resistente, o qual equivale-se ao estilo ambivalente/resistente, apresentavam mais chances de manifestar perturbações ansiosas quando adolescentes. Já crianças com o estilo vincutivo seguro apresentavam menores chances do desenvolvimento de perturbações ansiosas (Warren, Huston, Egeland & Sroufe, 1997).

2.1. Auto-compaixão e estilos de vinculação

Numa investigação realizada com adolescentes, Neff e Mcgehee (2009) tentaram compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento da auto-compaixão e também a falta dela em adolescentes. Primeiramente verificaram que a auto-compaixão é uma experiência muito significativa para os adolescentes, uma vez que os sentimentos de auto-aceitação e calor para consigo próprio são elementos que provocam menos julgamentos severos frente a aspetos que não gostam muito em si próprios. Compreender as experiências humanas como algo comum e da existência fornece sensações de conexão interpessoal e meios para com que o jovem consiga lidar com a rejeição social e sentimentos apreensivos relacionados a isso.

Sob o viés das formulações de Gilbert e Procter (2006) sabe-se que a auto-compaixão é postulada como um sistema que direciona o indivíduo à vinculação e ao manejo de comportamentos de cuidado. Quando o sujeito experiencia sentimentos de preocupação e cuidado advindos de outros, eles são capazes de elaborar uma conexão e sensações de segurança em seu meio. Em contrapartida, atitudes julgadoras e críticas evocam sistemas de maior prevalência em sentimentos de agressividades e submissão temerosa. Dessa forma, entende-se que pessoas criadas em um ambiente que proporciona segurança, apoio e cuidado, são mais capazes de se relacionar de forma carinhosa e compassiva, bem como sujeitos criados em lugares inseguros, estressantes e ameaçadores, têm uma postura mais crítica com si mesmos.

Além disso, a teoria da vinculação de Bowlby (1969) acrescenta que os vínculos seguros e inseguros que a relação pais-filhos apresenta, são também um elemento que possui efeitos no futuro em relação a qualidade das relações interpessoais estabelecidas pela criança. Nesse sentido, o estudo de Neff e Mcgehee (2009), citado acima, visava observar que adolescentes que sofreram críticas maternas e relações familiares mais estressantes pudessem demonstrar menos auto-compaixão, bem como aqueles que possuíam sentimentos de apoio e cuidado por parte de suas mães ou que vieram de famílias mais funcionais apresentariam maior auto-compaixão.

Nessa investigação, Neff e Mcgehee (2009) utilizam os modelos de vinculação de Bartholomew e Horowitz (1991), pois esses autores descreveram em seu trabalho, anteriormente citado, quatro diferentes modelos de vinculação no adolescente e no adulto, os quais variam conforme seus níveis de ansiedade e evitação. No que se refere a ansiedade entende-se que ela se relaciona com as crenças que o sujeito tem sobre si mesmo e seu valor próprio. Já na esfera da evitação, sabe-se que diz respeito às expectativas sobre os outros como pessoas confiáveis e promotoras de apoio.

Entende-se que a vinculação segura compreende a uma associação positiva com a auto-compaixão, pois os sujeitos que possuem esse tipo de modelo relacional são mais capazes de desenvolver sentimentos de auto-cuidado, e em contraste, os indivíduos com estilos de

vinculação evitante são negativamente associados à auto-compassão, uma vez que o ambiente não permite sentimentos de apoio, ou eles desprezam relacionamentos, ou são ansiosos em relação ao seu valor para receber cuidados (Neff & Mcgehee, 2009).

Nesse sentido, o estudo de Neff e Mcgehee contou com uma amostra de 235 adolescentes e 287 jovens adultos dos Estados Unidos. Como resultados, verificou-se que suporte maternal é relacionado de forma significativa com uma maior auto-compassão, bem como um suporte maternal crítico é relacionado com uma menor taxa de auto-compassão. Entende-se que adolescentes e jovens adultos vindos de famílias mais harmoniosas e funcionais promovem uma maior atitude auto-compassiva, enquanto os que moram com família estressantes e com mais conflitos apresentam menores taxas de auto-compassão.

A interpretação baseada em que a auto-compassão é relacionada com os estilos de vinculação possibilita a noção de que indivíduos e suas famílias são envolvidos pela forma em que se relacionam frente a experiências difíceis ou que implicam fracasso. Nesses momentos, as respostas dos pais/cuidadores influenciam diretamente na percepção dos filhos, uma vez que pais mais frios, críticos e agressivos para com a criança, acabam por promover sentimentos de auto-criticismo nos próprios filhos. Já pais com respostas mais carinhosas e apoiadoras, possibilitam que a criança tenha um diálogo interno melhor frente à situação temerosa (Neff & Mcgehee, 2009).

Nesse sentido, os autores acreditam que os resultados encontrados acerca de adolescentes e jovens adultos com o modelo de vinculação segura expressam bons níveis de auto-compassão, pois segundo o modelo utilizado de vinculação segura (Bartholomew e Horowitz, 1991), existe uma maior confiança nas relações e em relação a seu próprio valor como pessoa, e dessa forma, o sujeito experimenta sentimentos de conexão nas vinculações que possibilitam o desenvolvimento da auto-compassão.

Sobre o modelo de vinculação preocupada, entende-se que adolescentes e jovens adultos verificam uma menor auto-compassão. Nesse cenário, observa-se que os sentimentos de dependência com os outros, implicam em necessidade de se auto validar, o que acaba por interferir nos níveis de investigação, pois a necessidade de recursos externos para fazer com que o sujeito se sinta bem sobre si mesmo afeta a auto-aceitação.

Os resultados sobre a vinculação evitante receosa apresentaram-se sem base emocional para possibilitar a compaixão em adolescentes e jovens adultos. Já o estilo de vinculação evitante desligado não possui relação significativa com a auto-compassão, pois esse padrão implica na atitude que o sujeito faz de se auto-enganar para negar a importância das relações com os outros, e dessa forma, compreende-se que os indivíduos podem ser menos capazes de ter um entendimento sobre a atitude auto-compassiva, demonstrando uma falta de associação.

Capítulo 3 - Sintomatologia Ansiógena

Segundo a American Psychiatric Association (2013) a ansiedade é a antecipação de ameaça futura e está associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivas. Quando um sentimento de tensão ou desconforto é manifestado em decorrência da antecipação de uma situação de perigo referente a algo estranho ou desconhecido, pode-se denominar esse sentimento indefinido como ansiedade (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Tal sentimento também é expresso em crianças, que reagem de forma diferente a medos e preocupações, sejam eles normais ou patológicos. Influenciadas por seu desenvolvimento emocional, diversamente dos adultos, os medos exagerados ou irracionais das crianças podem não ser interpretados dessa forma pelas mesmas, situação que é agravada principalmente em crianças mais novas (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Muitas vezes o medo e a ansiedade são classificados como sinónimos, mas vale ressaltar que sua distinção através de elementos como presença ou ausência de estímulos externos desencadeadores, juntamente com os comportamentos de evitação são itens fundamentais para estabelecer as diferenças (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Segundo o DSM-V (p.189):

“O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura.”

Considera-se medo quando há um estímulo externo desencadeador que seja óbvio, e provoca um comportamento como fuga e evitação, muitas vezes sendo até necessário para pensamentos de perigo imediato. Já a ansiedade é o um estado emocional, sem desencadeadores claros, e fortemente associada com tensão muscular e uma preparação para um perigo futuro, com muitos comportamentos de esquivas (Baptista, Carvalho & Lory, 2005; APA, 2014).

Durante a evolução, compreendeu-se que o medo e a ansiedade foram emoções essenciais para a continuidade da espécie humana. Essas duas emoções são classificadas como sistemas defensivos e normalmente desencadeadas por situações que realmente necessitem alguma resposta. O entendimento do processo evolutivo faz com que se possa analisar os padrões de respostas automáticas, ou seja, o desenvolvimento de estratégias criadas pelo indivíduo que o ajudasse a lidar com situações de extremo perigo (Baptista, Carvalho & Lory, 2005)

Entretanto, medo e ansiedade são assumidos como patológicos quando excessivos, desproporcionais frente ao estímulo, particularmente distintos do que se é observado como normativo na faixa etária e acabam por afetar a qualidade de vida, bem-estar emocional ou atividades diárias do sujeito (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Quando se observa que a reação ansiosa é de breve duração, autolimitada e relativa ao estímulo momentâneo ou não, é possível identificar se trata-se de um quadro de ansiedade normal ou

de ansiedade patológica. Quando esses sintomas não são inerentes à circunstâncias psiquiátricas como depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hiper-cinético, etc., é possível identifica-los como transtornos ansiosos (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Em transtornos psiquiátricos, pode-se observar sintomas ansiosos, que ocorrem devido as particularidades dos sintomas desses transtornos, como por exemplo a ansiedade inicial no surto esquizofrênico; uma criança com depressão major com medo de ser separada dos pais. Nesses casos verifica-se que não há o conjunto de sintomas necessários para definir um transtorno ansioso típico. Também podem haver situações com diagnósticos de vários transtornos simultaneamente, inviabilizando a identificação do que seria primário e o que não é, caracterizando um paciente com mais de um diagnóstico coincidente (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Segundo a APA (2013), os transtornos de ansiedade compartilham similaridades de medo e ansiedade em excesso, mas, mesmo eles sendo altamente comórbidos entre si, eles possuem diferenças em relação ao objeto, a situação desencadeadora de medo/ansiedade e o comportamento de esquiva.

Além disso, no que diz respeito às crianças, compreende-se que os critérios de duração podem ser mais curtos do que nos adultos. Ainda, sabe-se que alguns transtornos de ansiedade tem o seu desenvolvimento na infância, e caso não forem tratados, costumam acompanhar durante anos. Em regra geral, acredita-se que o medo diminua com o avanço da idade e pode mudar conforme as etapas do desenvolvimento (Baptista, Carvalo & Lory, 2005).

A ansiedade pode interferir na aprendizagem e também na inserção escolar da criança, além de comprometer relações interpessoas e aumentar o isolamento da criança ou adolescente. Na adolescência, verifica-se o desenvolvimento de ataques de pânico ou surgimento de fobias (Brito, 2011).

Conforme a APA (2013) os transtornos de ansiedade englobam ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, fobia social, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento.

- a) **Ansiedade de separação:** medo ou ansiedade não adequados ao nível do desenvolvimento envolvendo a separação do indivíduo em relação aos pais/cuidadores. É observado sofrimento intenso levando a dano significativo na vida da criança/adolescente e tem continuidade por no mínimo quatro semanas. Ao ser afetado por esse transtorno, o indivíduo receia que males podem acontecer aos seus pais ou a si mesmo quando não estão reunidos, é invadido por pensamentos sobre possíveis acidentes, sequestros, assaltos e doenças que podem acontecer consigo ou com seus pais/cuidadores. Apresentam dependência afetiva e não possibilitam o distanciamento das figuras vinculativas. Quando expostos a situações onde a condição de afastamento

é imposta, esses indivíduos podem desenvolver dores somáticas (dores de barriga, dores de cabeça, febre, vômitos, etc.)

- b) **Mutismo seletivo:** determinado como a insistente falha ao falar frente a situações sociais típicas que demandam esse procedimento. A criança/adolescente pode falar em outras circunstâncias ou em casa. A interação social e educacional da criança/adolescente fica comprometida, e tem um período mínimo de um mês.
- c) **Fobia específica:** medo ou ansiedade demasiados associados a um objeto ou situação. Esse estímulo produz sentimentos de medo e ansiedade, ocasionando o evitamento do objeto ou situação fóbica ou sendo suportado com extrema ansiedade ou sofrimento. Pode durar no mínimo seis meses e causa grande prejuízo funcional ao indivíduo.
- d) **Ansiedade social/fobia social:** Ao ser exposto a uma ou várias situações sociais que podem gerar avaliações, observações ou testes do seu desempenho, gera medo ou ansiedade consideráveis. Também, o sujeito tem receio que seus sintomas ansiosos consigam ser analisados de forma negativa pelos outros. Quando necessário, as situações sociais acabam sendo experienciadas com extrema ansiedade pelo indivíduo.
- e) **Transtorno de pânico:** caracteriza-se por ataques de pânico abruptos e contínuos. Compreende-se esses ataques como medo ou grande desconforto que alcança um pico e provoca sintomas físicos e cognitivos (taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, medo de enlouquecer, desrealização, medo de morrer, entre outros). Os ataques podem ser regulares, como um por semana ao longo dos meses ou rápidos e pequenos ataques todos os dias isolados por semana. Também podem acontecer ataques menos recorrentes, como dois por mês, mas durante anos. Para o diagnóstico, mostra-se indispensável mais de um ataque de pânico completo e abrupto.
- f) **Agorafobia:** medo ou ansiedade ao usar transporte público, permanência em espaços abertos, permanência em locais fechados, permanência em fila ou locais com multidão e sair sozinho de casa. Ao encontrar-se expostos a essas situações os indivíduos são acometidos por pensamentos de que algo horrível pode acontecer, sentem-se presos a essas situações e sem possibilidade de receber ajuda. Os sujeitos acabam por se distanciarem desse tipo de situação, quando obrigados a experienciarem tais situações, a companhia de alguém é indicada para um melhor enfrentamento.
- g) **Transtorno de ansiedade generalizada:** Ocorre quando na maioria dos dias, o indivíduo apresenta ansiedade e preocupação excessivas. Deve ocorrer na maioria dos dias por pelo menos seis meses, em diversos eventos ou situações. O indivíduo julga penoso controlar a preocupação. Tanto ansiedade como preocupação se associam a pelo menos três sintomas: inquietação, fadigabilidade, dificuldade na concentração, irritabilidade e perturbação do sono.
- h) **Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento:** Quando o consumo de substância como drogas, medicamentos, toxinas provocam sintomas de pânico e ansiedade. Esses sintomas são observados durante ou logo depois que o sujeito faz uso da substância (ou também da abstinência da substância).

No que diz respeito aos dados estatísticos sobre a ansiedade em Portugal, sabe-se que em 2013, publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS) foram indicados resultados enfatizando que o país continua a ser uma dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, salientando as perturbações de ansiedade e perturbações depressivas.

Segundo o relatório elaborado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2018), *“Health at a Glance: Europe 2018- State of health in the EU cycle”*, 18,4% da população portuguesa sofre de doenças mentais, incluindo ansiedade, depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas.

Sabe-se que as perturbações de ansiedade tem um impacto significativo na vida do sujeito, e interfere em seu funcionamento independentemente da idade. Conforme os estudos já supracitados nessa investigação, verifica-se que a ansiedade está negativamente associada com a auto-compaixão, de acordo com as pesquisas os altos níveis de auto-compaixão estão associados com baixos níveis de ansiedade, estresse e depressão (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff, Hsieh & Dejithirat, 2005; Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Já em relação aos estilos de vinculação algumas pesquisas mostram que determinados estilos de vinculação podem ter efeitos diretos na manifestação da ansiedade. Os estudos de Dadds & Roth (2001), Canavarro (1999), Manassis (2001) propõem que a teoria da vinculação pode ser utilizada como modelo explicativo para a formação e manutenção da ansiedade.

Bowlby (1973, 1980) expõe que o desenvolvimento da ansiedade está ligado ao tipo de padrão relacional com as figuras parentais, tendo como rejeição ou superproteção características centrais nessa ocorrência. Crianças que apresentam ideias de si como não merecedoras de amor e atenção e possuem uma ideia dos demais como insensíveis e críticos podem mostrar pais que são indisponíveis, inconsistentes ou rejeitantes. Essa situação faz com que as crianças, mesmo em situações normais, não confiem na disponibilidade das figuras de vinculação, fazendo com que seu estilo de vinculação seja estimulado e sua exploração do ambiente seja comprometida (Manassis, 2001).

Canavarro (1999) em sua pesquisa, constatou que as perturbações de ansiedade em adultos estão ligadas a rejeição que sofreram quando crianças e adolescentes pelas figuras vinculativas, quando adultos, modelos de vinculação ansiosa também contribuem para essas perturbações. Cunha & Gouveia, (1999) realizaram um estudo sobre a influência dos estilos de vinculação frente à ansiedade social numa população universitária. Esse estudo mostra que sujeitos que se consideram frágeis e vulneráveis e compreendem os demais como ameaçadores e pouco amistosos, resultados dos padrões de vinculação com as figuras parentais, apresentam ansiedade social mais elevada.

Numa pesquisa epidemiológica feita nos Estados Unidos, foi evidenciado que as mulheres manifestam uma maior propensão a desenvolver perturbações ansiosas ao longo da vida

comparativamente aos homens (Kessler , McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, 1994). Adicionalmente, foi constatado que mulheres com o diagnóstico clínico de perturbação ansiosa tendem a apresentar maior gravidade nos sintomas e uma maior frequência numa ou mais comorbidades psiquiátricas (Kinrys & Wygant, 2005).

Para fins de avaliação dos níveis da sintomatologia ansiógena, a presente investigação optou pela utilização do BSI-18, *Brief Symptom Inventory*, uma vez que o mesmo utiliza os indicadores da saúde mental como base de seus resultados. Em 2010, sabia-se que a perturbação depressiva *major* e as perturbações ansiosas foram classificadas entre as maiores causadoras de anos vividos com incapacidade, ou seja, para calcular esse índice baseia-se na prevalência e no nível de perda de saúde juntamente com as sequelas de uma determinada doença, e portanto, é um dos parâmetros utilizados a fim de estimar a carga de uma doença (Vos et al., 2012).

Com a justificativa do aumento dos diagnósticos das perturbações depressivas e ansiosas, o BSI-18 foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a psicossintomatologia experienciada pelo respondente na última semana. Além disso, o instrumento visou a identificação dos sintomas para uma intervenção precoce com resultados significativos na qualidade de vida dos sujeitos que estão passando por essa sintomatologia (Derogatis, 2001).

O instrumento é composto por 18 itens, os quais foram extraídos de questionários anteriores, desenvolvidos pelo mesmo autor, mas que eram mais extensos. O *Brief Symptom Inventory* (BSI) contém 53 itens (Derogatis, 1993) e o *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) contém 90 itens (Derogatis, 1994). A presente versão avalia 3 dimensões: ansiedade, depressão e somatização. Na investigação da sintomatologia depressiva é feita uma avaliação de humor disfórico, pensamento suicidas, desesperança e sentimentos de estar sozinho. Enquanto isso, a avaliação da ansiedade foca-se em sintomas que indiquem algum estado de pânico, como nervosismo, agitação, tensão e apreensão. Por fim, a investigação da somatização é feita através das manifestações de sistemas regulados automaticamente, como os sistemas cardiovascular e gastrointestinal (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

O BSI-18 é aplicado em população geral e clínica, sendo que a idade mínima para realização da avaliação é 18 anos. Possui um fácil preenchimento, e pode ser respondido como autorrelato ou por um entrevistador, além de ter uma rápida cotação. As respostas variam de 0 (nada) até 4 (extremamente) e dizem respeito a frequência dos sintomas experienciados pelo respondente. A cotação é feita ao final, e após a análise para cada dimensão avaliada (depressão, ansiedade e somatização), obtém-se também um Índice de Gravidade Global, o qual evidencia o nível geral de mal-estar psicológico do indivíduo. Enfatiza-se que o BSI-18 não é uma ferramenta com fins diagnósticos, mas sim para um rastreio de sintomatologias (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

Capítulo 4 - Apresentação do estudo

4.1. Delineamento da pesquisa

A presente investigação científica engloba um processo complexo, o qual necessita de um olhar e planeamento minucioso. Entende-se que uma investigação tem como objetivo explicar e explorar fenómenos, além de descrevê-los com o propósito de resultados que permitam uma compreensão da realidade humana. Com base nisso, a planificação e orientação de uma metodologia apropriada para responder as hipóteses em questão e explorar as variáveis estudadas é necessária como uma primeira etapa do processo de investigação.

Dessa forma, compreende-se que o atual estudo tem um carácter quantitativo, que permite que os dados obtidos sejam quantificáveis e possam ser analisados por intermédio dos procedimentos estatísticos. Além disso, a natureza da presente investigação é transversal e descritiva. Por transversal, entende-se que os dados coletados foram obtidos em um único momento temporal, o qual não se estendeu de forma cronológica, e é necessário compreender a frequência que algum elemento se manifesta na amostra obtida (Pereira, 1985). Por sua vez, o carácter descritivo refere-se aos objetivos, uma vez que, se tenciona a analisar as características de um determinado elemento, os quais foram obtidos a partir de uma coleta de dados padronizada, isto é, o inquérito *online* (Gil, 2008).

Como objetivos do estudo se determina: avaliar os níveis dos estilos de vinculação numa amostra normativa, avaliar os níveis de auto-compaixão, avaliar os níveis de sintomatologia ansiógena, avaliar o grau de associação entre estilos vinculativos e auto-compaixão e avaliar o grau de associação entre sintomatologia ansiógena e auto-compaixão.

A fim de analisar e caracterizar as variáveis da amostra, o presente estudo tem um design correlacional de natureza exploratória, quantitativo e transversal, uma vez que pretende identificar associações entre elas e compreender seu tipo de relação. Ainda, verifica-se que também é um estudo inferencial, pois objetiva comparar diferentes variáveis, observando seus níveis de semelhanças e diferenças (Daen, 2011).

4.2. Hipóteses em estudo

A possível relação entre duas variáveis de um estudo permite a proposta de hipóteses. O delineamento da investigação está inicialmente associado a essas propostas, bem como a regulamentação das variáveis em estudo e os métodos empregados no tratamento dos dados (Marôco, 2014)

Seguindo essa configuração, visando as propostas delineadas na pesquisa, elaboram-se oito hipóteses que se detalham a seguir:

- H1: Indivíduos com pontuação mais elevada na sintomatologia ansiógena apresentam menores níveis de auto-compaixão;
- H2: Sujeitos tendencialmente com estilo de vinculação seguro possuem uma pontuação superior nos níveis de auto-compaixão quando comparado aos sujeitos com estilo de vinculação não seguro;
- H3: Sujeitos tendencialmente com estilo de vinculação seguro apresentam pontuação inferior nos níveis de sintomatologia ansiógena quando contraposto aos sujeitos com estilo não seguro;
- H4: Sujeitos tendencialmente com estilo de vinculação ambivalente/resistente apresentam pontuação elevada nos níveis de sintomatologia ansiógena;
- H5: As mulheres evidenciam níveis superiores de auto-compaixão comparativamente aos homens;
- H6: Os homens apresentam níveis inferiores na sintomatologia ansiógena em comparação as mulheres;
- H7: Os indivíduos que se identificam com alguma religião ou organização de caráter holístico possuem níveis elevados de auto-compaixão;
- H8: Indivíduos na faixa etária dos 31 aos 60 anos, evidenciam níveis mais elevados de auto-compaixão comparativamente aos indivíduos na faixa etária dos 18 aos 30 anos.

4.3. Instrumentos

O recolhimento dos dados se deu pelo Questionário socio demográfico elaborado no âmbito da presente investigação, o qual teve como objetivo uma melhor caracterização dos participantes desse estudo, fornecendo dados essenciais como idade, sexo, nacionalidade, estado marital, entre outros.

Para a execução desse projeto ainda foram usados de outros instrumentos, nomeadamente, Inventário de Saúde mental BSI-18, elaborado por Derogatis, (2000) com a sua versão para a população portuguesa por Canavarro, Nazaré & Pereira (2016), *Relationship Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991), e a escala de Auto-compaixão desenvolvida por Neff (2003) e com sua versão portuguesa por Pinto & Gouveia (2006).

4.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico desenvolvido para a presente investigação visou uma caracterização mais abrangente de sua amostra. Então, optou-se por itens que explorassem:

idade, gênero, orientação sexual, estado marital, escolaridade, situação profissional, nacionalidade e país em que reside, estatuto socioeconómico, religião, satisfação com a vida, nível de felicidade e prática de exercícios físicos. Cabe enfatizar que foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados respondidos nessas perguntas e no decorrer do questionário.

4.3.2. Inventário de Saúde mental (BSI-18) - *Brief Symptom Inventory 18*

O BSI-18 é um instrumento cujo objetivo é o rastreio do mal-estar psicológico, o qual foi originalmente elaborado por Derogatis (2001) numa atitude de desenvolver uma ferramenta que fosse mais rápida e de fácil cotação e rastreio em relação aos seus dois questionários anteriormente elaborados, mas que possuíam preenchimento muito extenso, os quais são: *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993) e *Symptom Checklist - 90 Revised* (Derogatis, 1994).

O BSI-18 é composto por 18 itens que avaliam três dimensões: sintomatologia depressiva, ansiedade e somatização, cada uma dessas sub escalas constituídas por seis itens. A escala da depressão inclui sintomas como humor disforico, desesperença, ideação suicida, entre outros. Já a ansiedade engloba sua avaliação em sintomas que representam estados de pânico, como nervosismo, tensão e agitação motora. Por fim, a somatização avalia o mal-estar manifesto pelos sistemas biológicos, por exemplo, sistema cardiovascular (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

Esse instrumento pode ser aplicado numa população geral ou clínica e deve ser respondido por sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos. Além disso, sua aplicação pode ser feita como autorrelato, entrevista e também aplicado coletivamente. O aplicador deve sempre reservar alguns minutos antes para fornecer as instruções gerais do teste. Em algumas situações não é possível recolher os dados mediante autorrelato, por exemplo, se o respondente apresenta algumas dificuldades físicas ou ao nível de instrução. As respostas se baseiam em manifestações ocorridas nos últimos sete dias, e normalmente o teste leva cerca de 3 a 5 minutos para seu preenchimento (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

Referente a cotação, o objetivo é avaliar a intensidade de manifestações psicopatológicas, então são fornecidas frases para que o sujeito responda numa escala de 0 a 4, onde 0 equivale a “nada” e 4 equivale a “extremamente”, a maneira com a qual ele mais se identifica. A obtenção das pontuações das três subescalas é a soma dos valores de 0 a 4 que compõem cada uma delas. No que diz respeito a ansiedade, variável que foi estudada no presente trabalho, sabe-se que os itens relacionados a ela são 3,6,9,12,15 e 18 (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

No que refere-se a interpretação dos resultados, compreende-se que é feita de forma linear, ou seja, pela descrição das informações se entende que as pontuações mais elevadas correspondem a sintomatologia psicopatológica mais intensa. Além disso, é permitido uma análise qualitativa dos resultados, onde as pontuações indicam a sintomatologia que mais perturba o sujeito no momento (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

A versão portuguesa foi elaborada por Canavarro, Nazare & Pereira (2017), a qual manteve-se fiel ao original, evidenciou uma boa consistência interna, calculada através do *Alfa de Cronbach* para três subescalas e para o total, atingindo valores superiores a .80. No presente estudo, a consistência interna também apresentou um bom valor ($\alpha=.93$).

4.3.3. *Relationship Questionnaire* - Estilos de Vinculação

Desenvolvido por Batholomew e Horowitz (1991) designado a mensurar os estilos de vinculação nos adultos. Foi feito um aperfeiçoamento do original elaborado por Hazan e Shaver (1987), o qual apresentava um modelo de três categorias de avaliação. No atual instrumento, foi adicionado mais um modelo de vinculação, e reformulação de itens, cujos permitem o uso da análise fatorial para caracterizar a dimensão das diferenças individuais de vinculação.

O instrumento apresenta quatro diferentes modelos de vinculação no adolescente e adulto, e variam de acordo com a ansiedade e evitação.

- Vinculação segura
- Vinculação evitante
- Vinculação ambivalente/resistente
- Vinculação desorganizado/desorientado

Com o objetivo de avaliar essas quatro dimensões supracitadas, o *Relationship Questionnaire* é constituído por quatro (4) itens, os quais descrevem os estilos de vinculação em questão. Solicita-se aos participantes uma auto-avaliação de como se percebe diante dessas frases. A escala possui sete pontos, partindo do “não sou nada assim” até “sou totalmente assim”.

Referente a cotação, foram definidos grupos, com base no ponto de corte, correspondente ao valor de medida de 3,5 para os resultados, isto é, os indivíduos que responderam o primeiro item com valor de 1 a 3,5 foram considerados numa categorização de “não seguro”, já os que responderam o primeiro item entre 3,6 a 7 corresponderam a categorização “Seguro”, e assim sucessivamente conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1

Grupos definidos para cada estilo em função da pontuação

Tipo de Estilo de Vinculação	Grupo 1 (1 - 3.5)	Grupo 2 (3.6 - 7)
Estilo Seguro	Não Seguro	Seguro
Estilo Evitante	Não Evitante	Evitante
Estilo ambivalente/resistente	Não Ambivalente	Ambivalente
Estilo desorganizado/desorientado	Não Desorganizado	Desorganizado

Dessa forma, entende-se que:

- a) A escala compreende do valor 1 ao 7, onde 1 é “não sou nada assim” e o 7 “sou totalmente assim”;
- b) A primeira pergunta analisa a vinculação segura (1- 3.5 = não seguro; 3.6 - 7 = seguro);
- c) A segunda pergunta analisa a vinculação evitante (1- 3.5 = não evitante; 3.6 - 7= evitante);
- d) A terceira pergunta analisa a vinculação ambivalente/resistente (1 - 3.5 = não ambivalente; 3.6 - 7 = ambivalente);
- e) A quarta pergunta analisa a vinculação desorganizada/ desorientada (1 - 3.5= não desorganizado; 3.6 - 7 = desorganizado).

4.3.4. Escala da Auto-compassão

A escala da auto-compassão foi originalmente desenvolvida por Nef (2003) e validada para a população portuguesa por Castilho & Gouveia (2011). A escala é composta por 26 itens divididos em 6 subescalas:

- Autobondade (ex: “Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento”);
- Autoajuizamento/autocriticismo (ex: “Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a)”);
- Humanidade Comum (ex: “Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo”);
- Isolamento (ex: “Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu”);
- *Mindfulness* (ex: “Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções)”)
- Sobre-Identificação (ex: “Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos”).

É um instrumento de auto-resposta e amplamente utilizado. O instrumento apresenta 5 opções, que variam do 1 ao 5, onde 1 equivale a “Quase nunca”, 2 a “Raramente”, 3 a “Algumas vezes”, 4 a “Muitas vezes” e 5 a “Quase sempre”. O respondente assinalará a resposta que mais se encaixa com a afirmação fornecida.

As subescalas correspondem a: Autobondade, com 5 itens, Autoajuizamento/autocriticismo, com 5 itens, Humanidade Comum, com 4 itens, Isolamento, com 4 itens, Mindfulness, com 4 itens e Sobre-identificação, também com 4 itens conforme a Tabela 2. A cotação das subescalas se faz através do somatório dos itens e da divisão pelo número de itens, onde pode-se obter a média. Para o Total Score do instrumento, reverte-se os itens negativos em valores positivos e após realiza o somatório dos mesmos, por exemplo, os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total (i.e., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1) (Castilho & Duarte, 2015).

Tabela 2
Itens das subescalas da avaliação da auto-compaixão

Subescalas	Nº itens	Itens da Subescala
Autobondade	5	5, 12, 19, 23, 26
Autoajuizamento/autocriticismo	5	1, 8, 11, 16, 21
Humanidade Comum	4	3, 7, 10, 15
Isolamento	4	4, 13, 18, 25
Mindfulness	4	9, 14, 17, 22
Sobre-identificação	4	2, 6, 20, 24

Em sua versão inglesa, os estudos apresentaram uma elevada inter-correlação entre as seis dimensões teóricas, além de uma boa consistência interna ($\alpha=.92$) (Neff, 2003a). A versão portuguesa também calculou o *alfa de Cronbach*, tanto para a totalidade dos itens quanto para cada uma das dimensões teóricas do instrumento. Foi constatada uma boa consistência interna ($\alpha=.89$) para o total da escala, e as subescalas também apresentaram valores semelhantes, sendo que nenhum foi menor do que .70 (Castilho & Gouveia, 2011). No presente trabalho a consistência interna para a escala total foi de ($\alpha=.81$).

4.4. Procedimentos de recolha de dados

No presente tópico explicam-se as etapas para a realização da pesquisa. Tendo em vista os objetivos da investigação, foi desenvolvido um questionário *online* contendo perguntas iniciais, questionário sociodemográfico, com a finalidade de traçar um perfil dos participantes, e após o BSI-18, a Escala da Auto-Compaixão e o *Relationship Questionnaire*, já anteriormente citados.

O trabalho exposto obteve aprovação da pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Através de um questionário online, disponibilizado por

link, onde garantia acesso imediato aos sujeitos participantes bem como os propósitos da pesquisa, estimativa de tempo e salvaguarda de sigilo e anonimato nas respostas.

As informações obtidas através do instrumento foram utilizadas especificadamente para efeitos na pesquisa, colaborando para análises estatísticas. O *n* da amostra é de 956, definiu-se como critérios de inclusão a idade, ser maior ou igual a 18 anos e ser de nacionalidade portuguesa. A recolha de dados ocorreu de Outubro a Dezembro de 2018.

O método utilizado para a recolha de dados permitiu uma maior disseminação do conteúdo, tornando-se mais rápido e acessível a quase todos os públicos.

Sabe-se que a coleta de dados online tem diversas vantagens e limitações em relação a coleta de dados de forma presencial. Como vantagens, pode-se citar que o pesquisador tem fácil acesso para eliminar possíveis erros do processo de resposta dos participantes, pois as páginas de web são mais flexíveis em seu uso. Além disso, pela ferramenta de coleta ser online, pode-se adicionar multimídias no processo de resposta, possibilitando que o participante consiga visualizar de uma forma mais clara alguma pergunta, ou obter algum exemplo referente aos itens questionados. Por fim, observa-se que a coleta de dados online possui um fácil acesso para um público mais amplo e de forma mais rápida em comparação a forma presencial (Topp & Pawloski, 2002).

Como limitações, compreende-se que o pesquisador deve saber usar seus equipamentos de forma correta para obter o êxito desejado. Ademais, outra questão importante é que nem sempre os participantes dispõem de meios como o computador para responder o inquérito. Outro ponto a ser considerado, é que as respostas correm o risco de serem manipuladas, uma vez que sua coleta é feita de forma online e, muitas vezes, sem supervisão do pesquisador, o que acaba não acontecendo com a coleta feita presencialmente (Topp & Pawloski, 2002).

4.5. Procedimentos estatísticos

Após a recolha de material, procedeu-se com a análise dos dados. Foram tabulados numa planilha no *Software Windows Excel 2016*. Em seguida, foram introduzidos no programa estatístico *IBM SPSS STATISTICS* com o objetivo de uma elaboração da análise estatística.

Num primeiro momento, procedeu-se a explorar as variáveis do questionário sociodemográfico para o desenvolvimento do perfil dos respondentes. Com base nisso, se utilizou a análise descritiva e o cálculo de frequências para obter um número de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão), valores extremos (valores mínimo e máximo), e as frequências de cada resposta.

Na atual amostra (*N*= 956) utilizou-se o Teorema do Limite Central (TLC), o qual afirma que à medida em que a amostra aumenta (*N*) a distribuição aproxima-se da normalidade. Em regra

geral, quando o ($N > 30$) a distribuição das médias amostrais pode ser aproximada satisfatoriamente por uma distribuição normal. Além disso, o Teorema permite o uso dos testes paramétricos e dessa forma não é obrigatório verificar a sua distribuição (Amaro, 2012).

Após, foi realizado o indicador de consistência interna Alfa de Cronbach, o qual permitiu analisar a confiabilidade dos instrumentos utilizados no inquérito. Sabe-se que para a consistência interna ser considerada satisfatória as variações devem ser entre 0.7 a 0.8 e muito boa a intensidade de associação entre 0.8 e 0.9 (Hair *et al.*, 2005).

Para uma melhor análise dos níveis de auto-compassão em relação as idades, a amostra foi dividida em dois grupos. O primeiro grupo englobou indivíduos na faixa etária dos 18 aos 30 anos, e o segundo com indivíduos dos 31 aos 60 anos. Após, foi realizado um teste *t* para amostras independentes com objetivo de verificar se havia diferença na pontuação da auto-compassão entre os dois grupos.

Para verificar se duas ou mais variáveis intervalares estão associadas, neste caso, se há relações entre os níveis de auto-compassão e ansiedade, optou-se pela utilização do coeficiente de correlação de Pearson. Na existência de uma associação considerável entre as variáveis, este coeficiente de correlação possibilita analisar a direção (positiva ou negativa) e magnitude (alterando entre +1 e -1) dessa mesma associação. Uma correlação de +1 expressa uma correlação positiva perfeita entre duas variáveis e, graficamente, receberemos um grupo de pontos que se sobrepõem, na íntegra, a uma diagonal ascendente. Em contrapartida, uma correlação de -1 expressa que há uma correlação negativa perfeita entre duas variáveis e, graficamente, obteremos um grupo de pontos que se sobrepõem, na íntegra, a uma diagonal decrescente. Por fim, uma correlação de zero (0), ou aproximada, demonstra inexistência de relação entre as variáveis (Martins, 2011).

Entretanto valores extremos como 0 ou 1 são de difíceis de encontrar nos resultados na prática, então, é importante analisar outros valores e classificações para que seja possível interpretar os resultados da magnitude dos coeficientes. Dancey e Reidy (2006) classificam os resultados como visto na tabela 3:

Tabela 3
Valores e classificações da magnitude dos coeficientes

Escores	Valores
Fraco	0.10 até 0.30
Moderado	0.40 até 0.6
Forte	0.70 até 1

Para as demais hipóteses trabalhadas nessa pesquisa, onde o objetivo era testar as diferenças entre as variáveis, foi utilizado o teste *t*-Student. O Teste *t* para amostras independentes verifica se as médias da variável dependente nos dois grupos em comparação divergem consideravelmente uma da outra. Acentua-se que as médias da variável dependente dos dois

grupos em comparação nunca serão precisamente iguais. Com base na probabilidade relacionada ao resultado do teste, o Teste *t* para amostras Independentes avalia se a diferença de médias identificada se deve a fatores aleatórios (o que acontece quando o resultado é não significativo) ou se está vinculado a diferenças que se encontram, de fato, na população que está sendo comparada através dos dois grupos selecionados (Martins, 2011).

4.6. Participantes

Na pesquisa realizada, a amostra é constituída por 956 indivíduos, com uma idade mínima e máxima de 18 até os 60 anos. Conforme se pode observar na Figura 3, a presente amostra é caracterizada por 29.60% de indivíduos pertencentes a faixa etária dos 18 aos 30 anos, enquanto 70.40% são indivíduos na faixa etária dos 31 aos 60 anos.

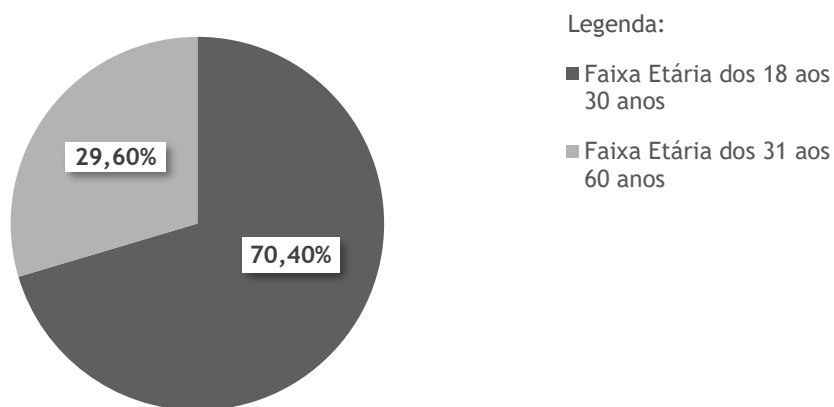


Figura 3. Distribuição da amostra relativamente a faixa etária.

Sobre o género, os participantes (N = 954) responderam que 662 (69.4%) se identificam como mulheres, 289 (30.2%) como homens e 3 (0.3%) como tendo outro género, a distribuição percentual pode ser observada na Figura 4.

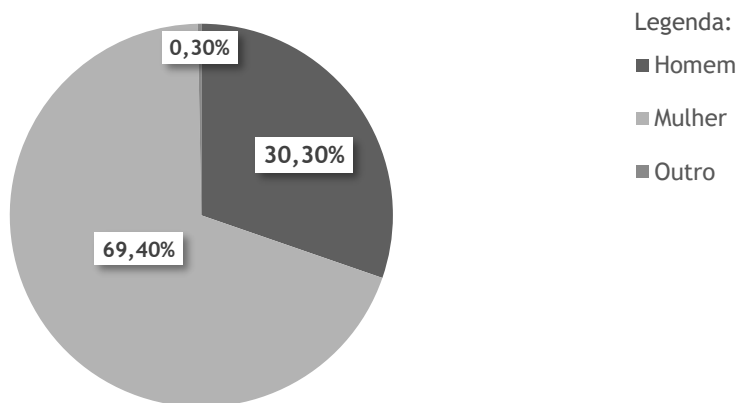


Figura 4. Distribuição da amostra relativamente ao género.

Referente à orientação sexual dos participantes da amostra (N = 953) é manifestado que 872 (91.2%) são heterossexuais, 45 (4.7%) são bissexuais e 36 (3.8%) são homossexuais conforme a Figura 5.

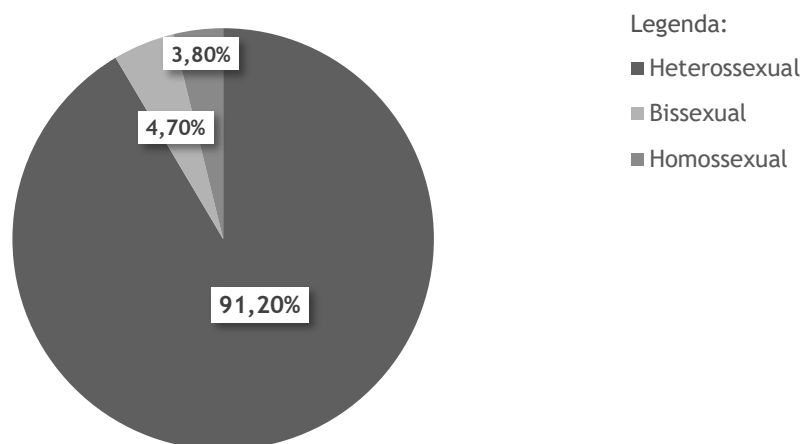


Figura 5. Distribuição da amostra relativamente à orientação sexual.

Acerca da escolaridade (N = 956), 370 (38.7%) referem ter licenciatura/bacharelado, 404 (42.3%) tem escolaridade até os 12 anos, 109 (11.4%) possuem mestrado/doutorado, enquanto 49 (5.1%) afirmam ter escolaridade até os 9 anos, 13 (1.4%) tem até os 4 anos e 11 (1.2%) respondeu “outro” como representado na Figura 6.

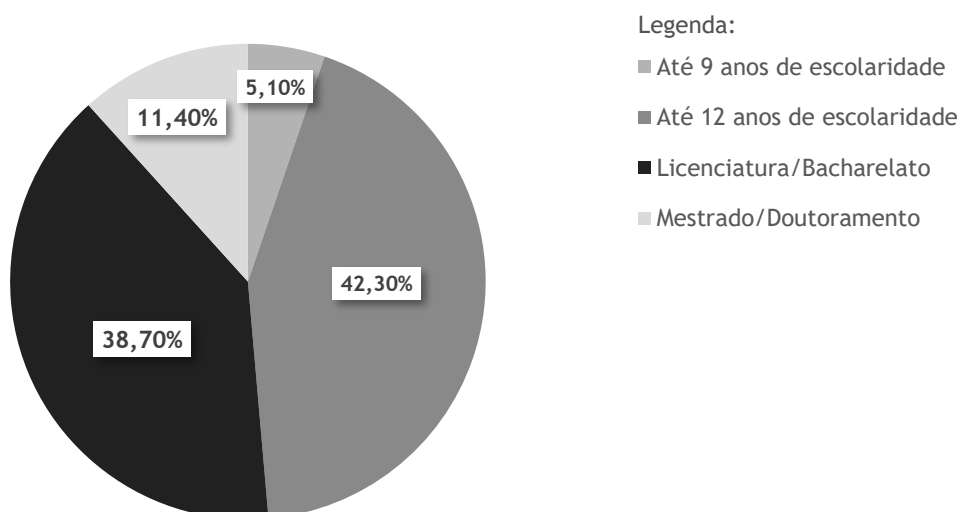


Figura 6. Distribuição da amostra relativamente à escolaridade.

A respeito do estado marital (N = 954), a maioria dos indivíduos, 424 (44.4%) relatam ser solteiros, 267 (28%) tem um namoro/compromisso sério e 144 (15.1%) são casados, ainda, 68 (7.1%) estão numa união de facto, 45 (4.7%) são divorciados e 6 (0.6%) são viúvos como é mostrado na Figura 7.

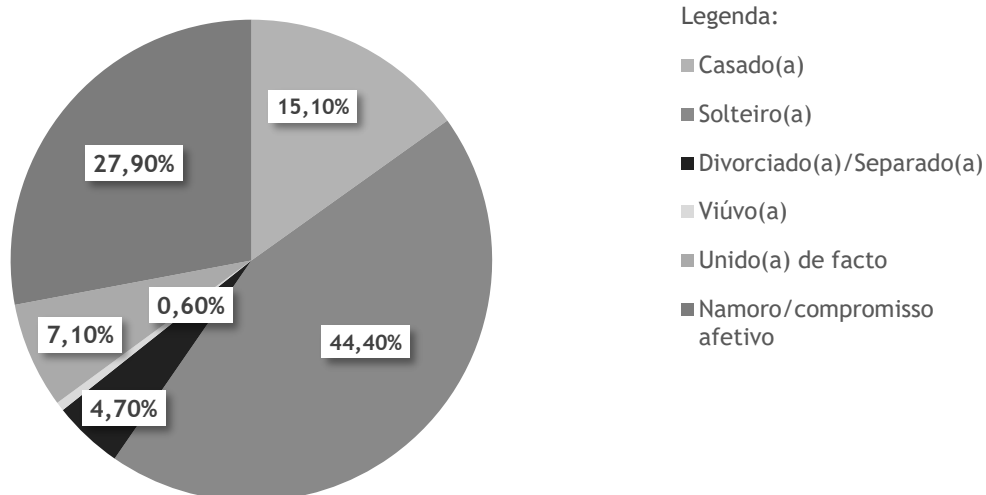


Figura 7. Distribuição da amostra relativamente ao estado marital.

A respeito da região geográfica (N = 951), 423 (44.5%) informam que moram numa pequena cidade, 231 (24.3%) moram num pequeno meio rural, 176 (18.5%) moram numa grande cidade e 121 (12.7%) afirmam morar num grande meio rural de acordo com a distribuição percentual apresentada na Figura 8.

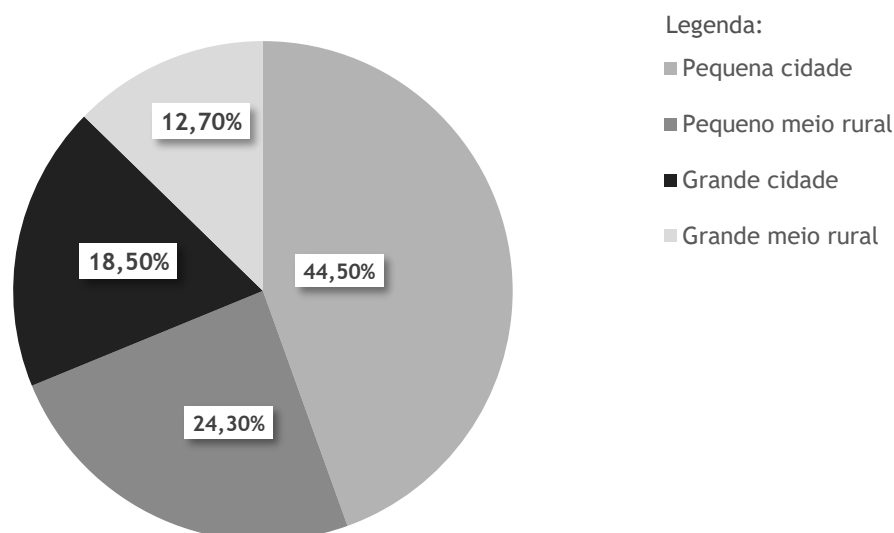


Figura 8. Distribuição da amostra relativamente a região geográfica.

Em relação a situação profissional, 434 (45.4%) são estudantes, 342 (35.8%) "trabalham por conta de outrem", 73 (7.6%) estão desempregados, 56 (5.9%) afirmam ser trabalhadores-estudantes, 31 (3.2%) são trabalhadores por conta própria, 8 (0.8%) são reformados e 11 (1.2%) responderam "outro" como indicado na Figura 9.

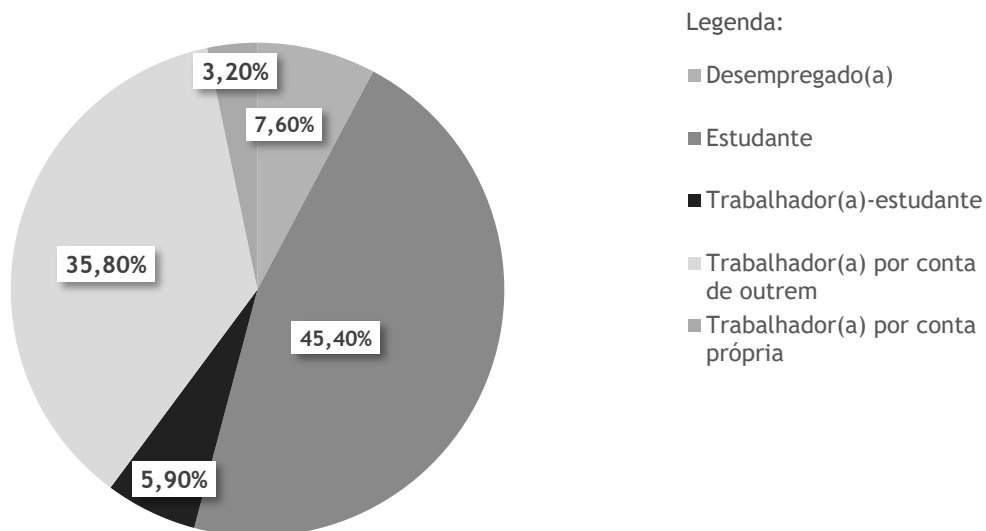


Figura 9. Distribuição da amostra relativamente a situação profissional.

Referente ao estatuto socioeconómico (N = 954), 563 (59.0%) relatam ser de média renda, 273 (28.6%) são de renda baixa-média, 77 (8.1%) são baixa renda, 40 (4.2%) são médio-alta renda e 1 (0.1%) declaram ter valor de renda alto conforme representado na Figura 10.

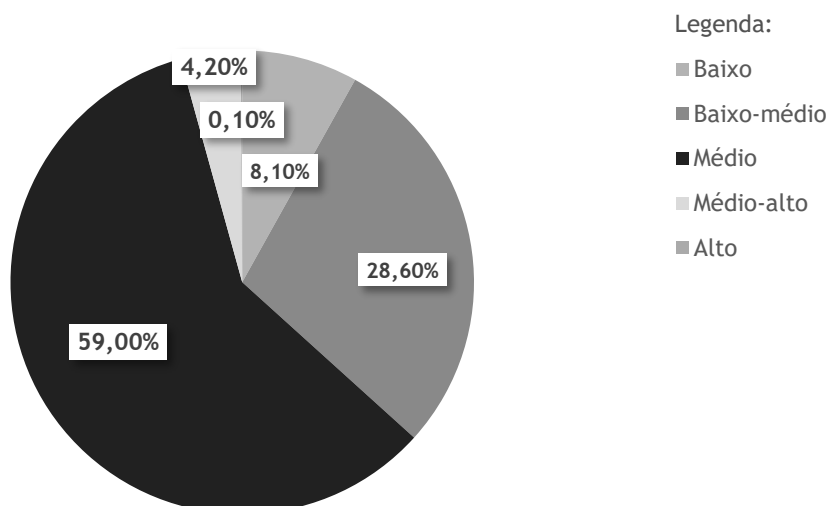


Figura 10. Distribuição da amostra relativamente ao estatuto socioeconómico.

A respeito da identificação com alguma organização de carácter holístico (N = 956), 544 (57.2%) responderam “não” e 407 (42.8%) responderam “sim”, conforme representado na Figura 11.

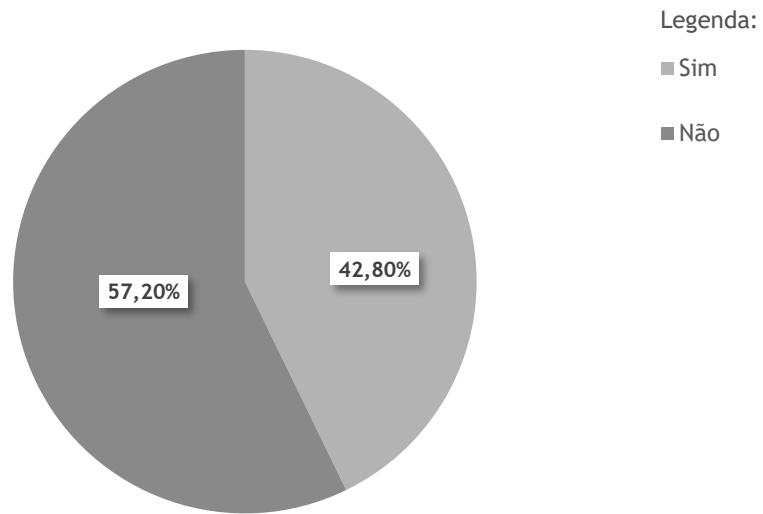


Figura 11. Distribuição da amostra relativamente a identificação com religião.

Capítulo 5: Apresentação dos resultados

O presente estudo teve como objetivos: avaliar os níveis dos estilos de vinculação numa amostra normativa, avaliar os níveis de auto-compassão, avaliar os níveis de sintomatologia ansiógena e avaliar o grau de associação entre sintomatologia ansiógena e auto-compassão.

Mostra-se necessário afirmar que o instrumento utilizado para a avaliação dos estilos de vinculação apresentou características limitadoras no momento da cotação, tornando a avaliação dos níveis dos estilos de vinculação possibilidades que podem ou não contemplar a realidade da amostra.

Sobre a auto-compassão, as pontuações evidenciam que a maioria dos respondentes (N = 884) obteve resultados acima da média (M=80.41), expressando bons níveis de auto-compassão numa população normativa. Quanto a sintomatologia ansiógena, de uma forma geral, a amostra (N = 936) obteve pontuações relativamente baixas (M=5.49).

A fim de testar a H1: Elevados níveis de ansiedade resultam em menores níveis de auto-compassão recorreu-se ao teste de associação, pois os mesmos analisam a relação entre duas ou mais variáveis. O Cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson (*Pearson Correlation Coefficient, r*) possibilitou a exploração das associações entre as duas variáveis, investigando a direção e a magnitude (Martins, 2001).

Primeiramente foi analisado o *total score* da auto-compassão com a pontuação da subescala da ansiedade no BSI18, conforme exposto na Tabela 4. Os resultados evidenciam que há uma correlação negativa e moderada entre as duas variáveis ($r = -.402$) e o valor de ($p = .000$) o que, por sua vez, corresponde a uma relação estatisticamente muito significativa.

Tabela 4
Resultados da correlação entre auto-compassão e ansiedade

	AS	AB	AC	HC	IS	MF	SI	ST
Ansiedade (AS)	1							
Auto-bondade (AB)	-.150** .000	1						
Autocriticismo (AC)	.418** .000	-.242** .000	1					
Humanidade Comum (HC)	-.005 .883	.536** .000	.008 .812	1				
Isolamento (IS)	.425** .000	-.188** .000	.701** .000	-.017 .599	1			
Mindfulness (MF)	-.178** .000	.670** .000	-.136** .000	.587** .000	-.209** .000	1		
Sobre Identificação (SI)	.427** .000	-.200** .000	.754** .000	-.028 .388	.720** .000	-.257** .000	1	
SCS ScoreTotal (ST)	-.402** .000	.706** .000	-.725** .000	.508** .000	-.705** .000	.680** .000	-.732** .000	1

** Correlação é significativa ao nível de .01

Dessa forma observa-se que quanto maior o nível de auto-compaixão, menores são os níveis de ansiedade, então:

Aceita-se a hipótese alternativa (H_1), pois o valor da probabilidade é inferior a .001. A correlação entre as duas variáveis é negativa. Assim entende-se que elevados níveis de ansiedade resultam em menores níveis de auto-compaixão.

Posteriormente, para uma melhor análise da relação entre as subescalas do instrumento escala da auto-compaixão foi feito o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson (r), e os resultados apresentados foram:

- O valor da probabilidade (p) foi igual a ($p = .000$) para todas as subescalas exceto para a subescala de humanidade comum ($p = .883$), a qual é a única que não tem significância estatística em relação a ansiedade.

- As subescalas de Autocriticismo, isolamento e sobreidentificação possuem uma correlação positiva em relação aos níveis de ansiedade. Dessa forma entende-se que as maiores pontuações nessas subescalas também evidenciam pontuações elevadas ao nível de ansiedade.

- Já as subescalas de autobondade e mindfulness apresentaram correlações negativas, corroborando com a correlação do *score total* da escala em relação aos níveis de ansiedade.

Com a finalidade de testar a H2: Sujeitos tendencialmente com estilo de vinculação seguro possuem uma pontuação superior nos níveis de auto-compaixão quando comparado aos sujeitos com estilo de vinculação não seguro, recorreu-se ao teste de diferenças Teste t para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*).

Os resultados obtidos no Teste t para Amostras Independentes para os grupo de vinculação “seguro” e “não seguro” em comparação ao *total score* da auto-compaixão, respetivamente, tiveram uma média de ($M=82.24$; $DP=14.34$) e ($M=77.70$; $DP=14.21$) (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Resultados no total da pontuação na auto-compaixão comparativamente entre o estilo seguro/não seguro

	Estilo de vinculação	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	p	t
<i>Total Score SCS</i>	Seguro	525	82.24	14.34	.000	-4.626
	Não Seguro	354	77.70	14.21		

Nos resultados observa-se que [$t(879) = -4.62$, $p = .000$], dessa forma se verifica que o valor da probabilidade é menor do que .05, o que leva a rejeitar a hipótese nula (H_0).

Aceita-se a hipótese alternativa (H_1), que afirma a existência de diferenças significativas entres os grupos “seguro” e “não seguro” quando comparados aos níveis de auto-compaixão. O grupo

“seguro” apresenta elevados níveis de auto-compaixão, enquanto o grupo “não seguro” manifesta pontuação inferior.

Com o objetivo de testar a H3: Sujeitos tendencialmente com estilo de vinculação seguro apresentam pontuação inferior nos níveis de sintomatologia ansiógena quando contraposto aos sujeitos com estilo não seguro, recorreu-se ao teste de diferenças Teste *t* para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*), [*t* (930) = 2.373, *p* = .018].

Da análise comparativa dos níveis de ansiedade entre o estilo de vinculação “seguro” e “não seguro”, observa-se, respetivamente, os valores média de (M=5.21; DP=4.45) e (M=5.90; DP=4.29) (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Resultados comparativos entre os níveis de ansiedade e o estilo de vinculação seguro

	Estilo de vinculação	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	<i>p</i>	<i>t</i>
<i>BSI18 - Ansiedade</i>	Seguro	558	5.21	4.45	.018	2.373
	Não Seguro	374	5.90	4.29		

Confirma-se a hipótese alternativa (H_1), há distinção considerável nos níveis de ansiedade entre o estilo “seguro” e “não seguro”. O estilo de vinculação “seguro” pontua de forma inferior nos níveis de ansiedade quando comparado ao estilo de vinculação “não seguro”.

Com a finalidade de analisar a pertinência da H4: Sujeitos tendencialmente com estilo de vinculação ambivalente/resistente apresentam pontuação elevada nos níveis de sintomatologia ansiógena, se optou pelo teste de diferenças Teste *t* para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*), [*t* (929) = -5.446, *p* = .000].

Os resultados obtidos no Teste *t* para Amostras Independentes para os grupos de vinculação “ambivalente/resistente” e “ não ambivalente/resistente” em comparação a variável *ansiedade*, respetivamente, tiveram uma média de (M=6.40; DP=6.40) e (M=4.84; DP=3.97) (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Resultados comparativos entre os níveis de ansiedade e o estilo de vinculação ambivalente

	Estilo de vinculação	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	<i>p</i>	<i>t</i>
<i>BSI18 - Ansiedade</i>	Ambivalente/resistente	391	6.40	4.78	.000	-5.446
	Não ambivalente/resistente	540	4.84	3.97		

Confirma-se a hipótese alternativa (H_1), o estilo de vinculação “ambivalente/resistente” apresenta pontuação elevada nos níveis de ansiedade quando comparado ao estilo “não ambivalente/resistente”.

Visando avaliar a H5: As mulheres evidenciam níveis superiores de auto-compassão comparativamente aos homens, se optou pelo teste de diferenças Teste *t* para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*).

Os resultados obtidos no Teste *t* para Amostras Independentes para os grupos de homens e mulheres em comparação ao *total score* da auto-compassão, respetivamente, tiveram uma média de (M=81.88; DP=12.96) e (M= 79.79; DP=15.01) (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Resultados comparativos entre auto-compassão e os géneros masculino e feminino

	Género	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	<i>p</i>	<i>t</i>
<i>Total Score SCS</i>	Homens	264	81.88	12.96	.050	1.966
	Mulheres	615	79.79	15.01		

Aceita-se a hipótese nula (H_0) porque o valor da probabilidade é maior do que .05. Dessa forma se entende que homens e mulheres de amostra não apresentaram diferenças significativas nos níveis de auto-compassão [$t(877) = 1.966, p = .050$].

Visando avaliar a H6: Os homens apresentam níveis inferiores de ansiedade em comparação as mulheres, se optou pelo teste de diferenças Teste *t* para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*).

Os resultados obtidos no Teste *t* para Amostras para os grupos de homens e mulheres na variável *ansiedade*, respetivamente, tiveram uma média de (M=4.43; DP=4.03) e (M=5.94; DP=4.45) (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Resultados comparativos entre ansiedade e os géneros masculino e feminino

	Género	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	<i>p</i>	<i>t</i>
<i>BSI18 - Ansiedade</i>	Homens	287	4.43	4.03	.000	-4.900
	Mulheres	644	5.94	4.45		

Confirma-se a hipótese alternativa (H_1), as mulheres apresentam pontuação significativamente superior aos homens nos níveis de ansiedade.

Observam-se diferenças estatisticamente significativas [$t(929) = -4.900, p = .000$] nos níveis de sintomatologia ansiógena entre os géneros masculino e feminino.

Visando avaliar a H7: Os indivíduos que se identificam com alguma religião ou organização de carácter holístico possuem níveis elevados de auto-compassão, se optou pelo teste de diferenças Teste *t* para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*).

Os resultados obtidos no Teste *t* para Amostras para os grupos de “se identificam (sim)” e “não se identificam (não)” em comparação ao *total score* da auto-compassão, respetivamente, tiveram uma média de (M=81.44; DP=13.32) e (M=79.65; DP=15.22) (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Resultados comparativos entre autocompaixão e a identificação com alguma religião

	Identifica-se com alguma religião ou organização de caráter holístico?	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	<i>p</i>	<i>t</i>
<i>Total Score SCS</i>	Sim	377	81.44	13.32	.068	1.825
	Não	503	79.65	15.22		

Aceita-se a hipótese nula (H_0) porque o valor da probabilidade é maior do que .05. Dessa forma se entende que identificar-se com alguma religião ou organização de caráter holístico não colabora para mudanças significativas nos níveis de auto-compaixão.

Dessa forma observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas [$t(878) = 1.825$, $p = .068$] nos níveis de auto-compaixão em função de uma identificação ou não identificação com alguma religião.

Com a finalidade de testar a H_8 : Indivíduos na faixa etária dos 31 aos 60 anos, evidenciam níveis mais elevados de auto-compaixão comparativamente aos indivíduos na faixa etária dos 18 aos 30 anos, se optou pelo teste de diferenças Teste t para Amostras Independentes (*t test for independent samples, t*).

Observam-se diferenças estatisticamente significativas [$t(882) = -3.449$, $p = .001$] entre os níveis de auto-compaixão para o grupo dos sujeitos dos 18 aos 30 anos tiveram uma média de ($M=79.36$; $DP=15.03$) e o grupo de sujeitos dos 31 aos 60 anos ($M=83.04$; $DP=12.45$) (cf. Tabela 11)

Tabela 11

Resultados comparativos entre autocompaixão com as faixas etárias

	Faixa Etária	N	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	<i>p</i>	<i>t</i>
<i>Total Score SCS</i>	18 aos 30 anos	631	79.36	15.03	.001	-3.449
	31 aos 60 anos	253	83.04	12.45		

Confirma-se a hipótese alternativa (H_1), indivíduos da faixa etária dos 31 aos 60 anos evidenciam pontuações mais elevadas nos níveis de auto-compaixão comparativamente aos indivíduos na faixa etária dos 18 aos 30.

Capítulo 6 - Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivos: avaliar os níveis dos estilos de vinculação numa amostra normativa, avaliar os níveis de auto-compassão, avaliar os níveis de sintomatologia ansiógena e avaliar o grau de associação entre sintomatologia ansiógena e auto-compassão.

Posteriormente à análise e descrição dos resultados adquiridos nesta pesquisa, mostra-se importante fazer uma abordagem mais cuidadosa dos mesmos, com base em trabalhos realizados na área e as evidências vistas na literatura. Mostra-se necessário acentuar que alguns dos resultados apresentados podem ter decorrido pelas particularidades da presente amostra, especificamente pela característica de ser uma amostra heterogénea, os participantes apresentam idade entre os 18 e 60 anos e nível de escolaridade relativamente alto, sendo 42.3% até 12 anos de escolaridade e 38.7% com licenciatura/bacharelato, 69.4% são mulheres e 30.3% homens, a maioria (44.5%) afirma residir numa pequena cidade e ser solteiro(a) (44.4%).

Sobre a identificação com organização de carácter holístico ou alguma religião, as respostas foram variadas, sendo que 42.8% afirmaram que se identificam e 57.2% que não se identificam.

Mostra-se necessário afirmar que o instrumento utilizado apresentou características limitadoras no momento da cotação, tornando a avaliação dos níveis dos estilos de vinculação possibilidades que podem ou não contemplar a realidade da amostra.

Sobre a auto-compassão, as pontuações evidenciam que a maioria dos respondentes (N = 884) obteve resultados acima da média (M=80.41), expressando bons níveis de auto-compassão numa população normativa. Quanto a sintomatologia ansiógena, de uma forma geral, a amostra (N = 936) obteve pontuações relativamente baixas (M=5.49).

Em suma, esta amostra evidencia um bom nível de auto-compassão e baixa sintomatologia ansiógena, o que de certa forma é expectável dado ser uma amostra não clínica, ou seja, normativa.

Relativamente aos níveis de ansiedade, os resultados obtidos mostraram diferenças significativas, quando maiores os níveis de ansiedade, menores os de auto-compassão. Esse resultado vai de acordo com os últimos estudos de Neff (2009) que afirma que os sentimentos de felicidade, otimismo, curiosidade e conectividade se mostram associados aos níveis mais altos de auto-compassão enquanto aos níveis mais baixos, se observam elevados níveis de ansiedade, depressão e medo do fracasso.

Outros estudos afirmam que altos níveis de auto-compassão estão associados com elevados níveis de bem-estar, por meio disso, os scores da SCS evidenciaram bons níveis de felicidade, otimismo, satisfação com a vida, apreciação do próprio corpo, competência e motivação. Através dessa condição, percebe-se que altos níveis ansiedade, tem relação a baixos níveis de

auto-compassão (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff, Hsieh & Dejittirat, 2005; Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Neff & McGehee (2010) realizaram um estudo com adolescente e jovens adultos, que nas comparações mostraram que a auto-compassão em ambos os grupos surge como preditora da saúde mental, e quanto mais elevada, se verificam menores níveis de depressão e ansiedade, e maiores os níveis de sentimentos de ligação/conexão social.

Também corroborando os resultados do presente trabalho, em um estudo de (Barnard & Curry, 2011) auto-compassão foi negativamente associada com a ansiedade e depressão. Além disso, foi verificado que a auto-compassão tem correlação com a inteligência emocional e a regulação de emoções, uma vez que a primeira se refere a compreender os próprios sentimentos para conseguir regulá-los.

Ademais, aproveitando a característica da presente amostra ser constituída por uma parte exponencial dos indivíduos serem acadêmicos, se expõe um estudo feito por Neff, Hsieh & Dejitterat (2005) em contexto acadêmico, que relacionava a auto-compassão com o fracasso nesse âmbito, salientando que maiores níveis de auto-compassão proporcionam menores níveis de ansiedade e preocupação com o contexto mencionado e uma menor tendência à procrastinação.

No que diz respeito aos estilos de vinculação, foi verificado no presente estudo que há diferenças significativas entre os sujeitos tendencialmente no estilo de vinculação seguro e não seguro em função dos níveis de auto-compassão. Os sujeitos tendencialmente no estilo de vinculação seguro apresentam elevados níveis de auto-compassão, enquanto os sujeitos tendencialmente no estilo de vinculação não seguro manifestam pontuação inferior.

Não foram encontrados muitos estudos que analisam especificamente as relações dos estilos de vinculação com a auto-compassão, contudo, a atual pesquisa chega a conclusões similares aos estudos dos autores (Neff & mcgehee, 2010) que realizaram um trabalho que possibilitou afirmar que o suporte materno, o funcionamento familiar harmônico e o estilo de vinculação seguro contribuem positiva e substancialmente para o desenvolvimento da auto-compassão.

A pesquisa apresentou resultados que sustentam a distinção considerável nos níveis de ansiedade entre o estilo seguro e não seguro. O estilo de vinculação seguro pontua de forma inferior nos níveis de ansiedade quando comparado ao estilo de vinculação não seguro, que tem pontuação elevada.

Apesar de serem escassos os estudos sobre as relações dos estilos de vinculação e a ansiedade, pode-se observar que em três trabalhos realizados por Manassis, Bradley, Goldberg, Hood e Swinson (1994); Cassidy, 1995; Warren, Huston, Egeland e Carlson (1997), mesmo que de forma ampla, afirmam que há relação positiva entre a vinculação não segura e a ansiedade.

Foi confirmado que sujeitos tendencialmente no estilo de vinculação ambivalente/resistente apresentam pontuação elevada nos níveis de ansiedade quando comparados aos sujeitos no estilo não ambivalente/resistente. Esse resultado corrobora o trabalho de Warren, Huston, Egeland e Carlson (1997) que verificou a associação entre estilos de vinculação na infância e adolescência com a ansiedade. Esse estudo afirma que as crianças com estilo de vinculação ansioso/resistente, que na presente pesquisa são equivalentes ao estilo ambivalente/resistente tem mais chances de manifestar perturbações de ansiedade na adolescência, quando comparadas às crianças que apresentam o estilo seguro.

Em Portugal, Canavarro (1999) desenvolveu uma pesquisa com amostra clínica onde os resultados mostraram que sofrer rejeição dos pais na infância/adolescência pode ser um facilitador da sintomatologia ansiógena na vida adulta e também do desenvolvimento de um padrão de vinculação ansioso, que corresponde ao estilo de vinculação ambivalente/resistente.

Os resultados mostraram que homens e mulheres da amostra não apresentam diferenças significativas nos níveis de auto-compaixão, não corroborando o primeiro estudo realizado por Neff (2003a) que indica menores índices de auto-compaixão em mulheres. Também se pode citar a metanálise com 71 pesquisas sobre auto-compaixão e sexo realizada por Yarnell, Stafford, Neff, Reilly, Knox e Mullarkey (2015) onde o resultado suportou a ideia da menor auto-compaixão em mulheres, mesmo a diferença sendo pequena nos resultados obtidos em função do género.

Na investigação, os resultados referentes aos níveis de ansiedade comparativamente entre género masculino e feminino obtiveram valores elevados no género feminino. Verifica-se que também se pode encontrar respaldo na literatura, uma vez que um extenso número de investigações evidenciou que a ansiedade é significativamente elevada entre mulheres.

Sabe-se que atualmente os transtornos de ansiedade afetam grande parte da população e são o grupo de transtorno psiquiátricos mais prevalentes. Numa pesquisa epidemiológica realizada nos Estados Unidos foi revelado que as mulheres apresentam um risco elevado em comparação com os homens de desenvolverem algum dos transtornos de ansiedade - transtorno do pânico, ansiedade generalizada e transtorno do estresse pós traumático - ao longo da vida (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, 1994). Ainda, estudos que tentam investigar a causa dos níveis de ansiedade serem mais elevado nos participantes femininos, sabe-se que fatores genéticos a par dos ambientais acabam desempenhando um grande papel no desenvolvimento desse transtorno.

Noutras pesquisas, verificou-se que as mulheres possuem uma probabilidade duas vezes maior para preencherem os critérios de transtorno de pânico, TAG e TEPT, e uma vez e meia maior para os critérios do TOC e fobia social. Além disso, constatou-se que mulheres com o diagnóstico clínico de transtorno de ansiedade apresentam maior gravidade dos sintomas e maior frequência numa ou mais comorbidades psiquiátricas quando comparadas com os homens (Kinrys & Wygant, 2005).

Em outra pesquisa com o objetivo de analisar a ansiedade comparativamente entre generos, os resultados também foram similares, e pode-se explicar que os níveis mais altos no género feminino são traduzidos por diversas causas, as quais podem ser verificadas pelo nível mais alto de expectativas que o comportamento feminino é associado, além da cultura ao longo dos anos ter sido mais restritiva (La Rosa, 1998).

Em outras pesquisas, as causas também estão relacionadas aos hormônios sexuais femininos e a maneira que podem influenciar no desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Um estudo feito com o objetivo de investigar os problemas que afetam a saúde dos docentes, mostrou que as mulheres são as que mais apresentam queixas de ordem psicoemocional - depressão e ansiedade e, em comparação com os homens, são as que mais utilizam medicação. Além disso, evidenciou-se que a sobrecarga fora do trabalho feminina é mais extensa do que a masculina, pois se envolvem mais com as demandas familiares além das profissionais (Borsoi & Pereira, 2012)

No que se refere ao fazer parte de religião ou organização de carácter holístico os resultados encontrados evidenciam que não há mudanças significativas nos níveis de auto-compassão. Na literatura, encontram-se diferenças em estudos que investigam essa ligação. Uma pesquisa feita com o propósito de investigar a relação entre auto-conhecimento e a prática religiosa mostrou que indivíduos que apresentam altas pontuações no quesito religião revelaram correlação negativa com a depressão, emitiram alta noção do *self* e mais elevada auto-estima. Entretanto, nesse estudo não foi confirmada nenhuma relação entre religião e auto-compassão (Ghorbani, Watson, Chen & Norballa, 2012).

Já em outro estudo realizado por Neff, Pisitsungkagarn e Hsieh (2008), a fim de verificarem os níveis de auto-compassão em diferentes países, evidenciou-se que a religião é um fator que engloba a cultura. Dessa forma se observou que o budismo é expresso com altos níveis de auto-compassão para o povo tailandês quando comparado com americanos e taiwaneses.

Relativamente às faixas etárias, no presente estudo foi evidenciado que indivíduos da faixa etária dos 31 aos 60 anos evidenciam pontuações mais elevadas nos níveis de auto-compassão comparativamente aos indivíduos na faixa etária dos 18 aos 30. Pode-se pensar que a faixa etária dos 18 aos 30 anos pontuou menos do que a faixa etária dos 31-60 anos pois consiste numa amostra com grande público universitário, e as atividades executadas podem estar associadas negativamente a auto-compassão, uma vez que sabe-se que o ambiente académico contribui para sintomas ansiosos e medo do fracasso. Diante desse condição, entende-se que a auto-compassão é associada de forma negativa com esses elementos, o que tem um grande impacto no grupo etário analisado (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff, Hsieh & Dejittthirat, 2005; Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

A autocompassão pode desempenhar um papel particularmente importante mais tarde na vida. Foi proposto que o bem-estar subjetivo dos idosos depende mais de sua interpretação de suas circunstâncias do que as próprias circunstâncias (Siedlecki et al. 2008). Em estudos feitos com

indivíduos com idade mais avançada e o bem-estar subjetivo, foi observado que há associações positivas entre bem-estar subjetivo, saúde física e mental, e a auto-compassão. Entende-se que a atitude auto-compassiva é um forte elemento que possibilita a compreensão do processo de envelhecimento, sob um olhar mais claro e adaptativo (Parente, Cunha, Galardo & Couto, 2018).

Além disso, foi compreendido que a satisfação com a vida é um fator significativo para a saúde mental e física e para a auto-compassão nos idosos. Níveis elevados de saúde mental demonstram a forma calorosa com que o indivíduo enfrenta os acontecimentos difíceis da vida, concebendo-os como parte da experiência humana (Parente, Cunha, Galardo & Couto, 2018).

Um estudo experimental designou participantes mais velhos para refletir em um evento relacionado a idade positiva, negativa ou neutra. Os resultados mostraram que a autocompaixão estava relacionada a respostas mais positivas a medida que a faixa etária aumentava, incluindo a crença de que a atitude de uma pessoa pode ajudar a lidar com o envelhecimento (Allen & Leary, 2013). Também a autocompaixão mostrou associações positivas com bem-estar subjetivo, integridade do ego e significado na vida em adultos mais velhos (Phillips e Ferguson 2012), bem como associações positivas com atitudes em relação ao envelhecimento em mulheres na meia-idade (Brown et al. 2015).

6.1. Considerações finais

Tendo em consideração a delimitação do tema, a escolha dos objetivos e hipóteses, acredita-se que o atual estudo cumpriu em sua generalidade com o que foi proposto, pensando em reflexões e possíveis contribuições futuras. Além disso, observa-se a ascensão da temática da auto-compaixão na atualidade, uma vez que a precursora do conceito está em atividade e possui uma plataforma online para disseminar o conteúdo, tendo participado também como uma das conferencistas de uma edição do TEDx Talk apresentando a auto-compaixão para o público geral.

Vale ressaltar que é importante que em investigações futuras se compare amostras que avaliem a inteligência emocional relacionada à auto-compaixão e verificar essas variáveis entre os géneros para confirmar os resultados, uma vez que na presente investigação as pontuações entre homens e mulheres são muito semelhantes.

Apesar da relevância do tema e da informação explorada e analisada nesta investigação, é importante citar que os estudos encontrados foram em sua maior parte norte americanos e com uma população em sua maioria constituída de jovens, e tendo em vista a questão cultural, entende-se que alguns resultados da presente pesquisa foram diferentes em comparação com os trabalhos encontrados.

Foi observado algumas limitações referentes ao inquérito online, pois pelo fato de ser constituído por instrumentos de avaliação com natureza de autorelato, acredita-se que algumas respostas possam não estar totalmente de acordo com a realidade do respondente, além de que o cansaço pode ter contribuído também para a não colaboração na recolha dos dados.

Além disso, o instrumento utilizado para análise dos estilo de vinculação (*Relationship Questionnaire*) apresentou diversos obstáculos referentes a escassez de pesquisas previamente feitas e materiais disponíveis para cotação dos resultados. Tendo em vista essa situação, foi optado por realizar a cotação do instrumento dividindo os indivíduos entre pertencentes a determinado(os) estilo(os) ou não pertencentes, baseado nas suas respostas às quatro perguntas pertencentes ao *Relationship Questionnaire*. Com isso, através da observação de outros instrumentos relativos aos estilos de vinculação como a Escala de Vinculação do Adulto - Adult Attachment Scale-R (EVA) que foi adaptada à população portuguesa por Canavarro, Dias e Lima (2006).

Para investigações futuras se sugere a preferência por instrumentos adaptados à população portuguesa, bem como a utilização da Escala de Vinculação do Adulto - Adult Attachment Scale-R (EVA) para a avaliação dos estilos de vinculação e um estudo longitudinal que permita o acompanhamento de crianças portuguesas até a vida adulta a fim de identificar os estilos vinculativos no processo de desenvolvimento, para obtenção de dados mais atuais. Além disso,

considera-se importante o estudo numa população clínica já com diagnósticos de perturbações de ansiedade, para se obter correlações mais significativas quando comparado com a auto-compaixão e os estilos de vinculação.

Podem-se observar implicações do estudo para a prática psicológica, na intervenção clínica, educacional e organizacional, como por exemplo, podemos supor que exista uma relação entre os problemas pessoais, competências emocionais que têm interferências no sucesso escolar, trabalho e saúde mental.

Em suma a partir dos resultados do presente trabalho pode afirmar-se que ao nível de intervenção psicológica a variável auto-compaixão pode ser considerada, uma vez que se encontra relacionada com sintomatologia ansiógena e os estilos de vinculação. Se estes possuem um papel preponderante no funcionamento do sujeito, nomeadamente influenciando no modo como o sujeito se relaciona com os outros, se envolve nas diferentes atividades da vida diária, quer ao nível escolar ou profissional dependendo das idades. A auto-compaixão pode ser utilizada como uma estratégia para contribuir com a potencialização das características de funcionamento de um sujeito com vinculação segura e obviar as implicações no funcionamento decorrentes dos demais estilos de vinculação, como eventuais implicações menos positivas.

Também, evidencia-se a importância na formação escolar de programas de desenvolvimento de competências interpessoais que trabalhem as questões da auto-compaixão e os estilos de vinculação, assim melhorando o desempenho escolar, bem como para a possível criação de alguma resiliência em relação ao estresse, e portanto, ao sofrimento da ansiedade.

No âmbito clínico, ao trabalhar com sujeito apresentando alguma sintomatologia ansiógena pode-se desenvolver uma intervenção direcionada para diminuir os sintomas da ansiedade com a promoção da auto-compaixão, pois essas variáveis apresentaram uma correlação negativa e significativa, portanto através de tal intervenção estaremos a promover a saúde e o bem-estar do sujeito.

Ao nível organizacional trabalhar a auto-compaixão pode constituir como uma ferramenta facilitadora da diminuição de conflitos e conseqüentemente aumentando o rendimento do trabalhador.

Apesar das limitações supracitadas, considera-se que esta investigação constituiu uma mais valia e conseguiu responder aos seus objetivos e hipóteses e colaborar com reflexões a cerca do tema, bem como contribuir para possíveis estudos futuros que tencionem aprimorar os construtos aqui elaborados.

Bibliografia

- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: *Lawrence Erlbaum*.
- Ainsworth, M. D. S. (1983). A sketch of a career. In A. N. O'Connell & N. F. Russo (Eds.), *Models of achievement: Reflections of eminent women in psychology*. New York: Columbia University Press, 200-219.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2013). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist*, 54, 190-200. doi:10.1093/geront/gns204.
- Amaro, A. (2012). *Inferência estatística (uma introdução): o outro segredo dos dados*. Lisboa: Instituto Superior de Gestão.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1-2), 267-277.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <http://dx.doi.org/10.2307/1126611>
- Barnard, L.K. and Curry, J.F. (2011) Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, and Interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303.
- Bernier, A., & Meins, E. (2008). A threshold approach to understanding the origins of attachment disorganization. *Developmental Psychology*, 44(4), 969-982.
- Borsoi, I., & Pereira, F. (2012). Mulheres e homens em jornadas sem limites: docência, gênero e sofrimento. *Temporalis*, 11(21), 119-145. doi:<https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n21p119-145>
- Bowlby, J. (1992). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making & breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to the hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 82-94.
- Bretherton, I. (1978). Making Friends with one-year-olds: an experimental study of infant-stranger interaction. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, Vol. 24, No. 1, 29-51
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- Bretherton, I. & Ainsworth, M. D. S. (1974). *Responses of one-year-olds to a stranger in a strange situation*.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(2), 208-14. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10842>
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V., Bei, B., & Judd, F. (2015). Selfcompassion, attitudes to ageing and indicators of health and well-being among midlife women. *Aging and Mental Health. Advance online publication*. doi:10.1080/13607863.2015.1060946.
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações afectivas e saúde mental - Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18. *Análise Psicológica*, 35(2), 213-230. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1287>
- Castilho, P & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, [S.l.], n. 54, 203-230.

- Castillo, A. R. GL., Recondo, R., Asbahr, F.R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(2), 20-23. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Cheung, M. S. -P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Cunha, M., & Gouveia, J. P. (1999). Ansiedade social e auto-representação: contributo dos esquemas precoces mal-adaptativos e dos esquemas cognitivos interpessoais. *Psychologica*, 21, 5-25.
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 95-117.
- Dadds, M. R., & Roth, J. H. (2001). *Family process in the development of anxiety problems*. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford: University Press, 278-303.
- Daen, S. T. (2011). Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica*, 9, 621-624
- Dancey, C. & Reidy, J. (2006), *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre, Artmed.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual (3.ª ed.)*. Minneapolis, MN: Pearson.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2005a). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. London: Routledge, 9-74.

- Gilbert, P. (2005b). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford Press, 299-335.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516. doi:10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*, 263-325. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, P., Clarke, M., Kempel, S., Miles, J.N., & Irons, C. (2004a). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms style and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., Gilbert, J. & Irons, C. (2004b). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 149-160.
- Granja, B. & Mota, C.P. (2018). Estilos parentais, adaptação académica e bem-estar psicológico em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 3 (36), 311-326. doi: 10.14417/ap.1415.
- Granja, B. & Mota, C.P. (2018). Estilos parentais e vinculação amorosa: efeito mediador do bem-estar psicológico em jovens adultos. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 93-109.
- Gunaratana, H. (2011). *Mindfulness in plain English*. Sommerville, MA: Wisdom Publications
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hollis-Walker, L. H., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, Self-Compassion, and Happiness in Non-Meditators: A Theoretical and Empirical Examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self realization*. New York: Norton.
- Karen Bluth & Priscilla W. Blanton (2014): The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females, *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, DOI: 10.1080/17439760.2014.936967

- Kessler, R.C., Mcgonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S.H., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51 (1), 8-19 doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002.
- Kinrys, G., & Wygant, L., E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), s43-s50. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>
- La Rosa, J. (1998). Ansiedade, sexo, nível sócio-econômico e ordem de nascimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1), 59-70. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000100004>
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em E.M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology, socialization, personality, and social development* (4ª ed.). New York: Wiley.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. 95-124, US: Ablex Publishing.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. In W. K. Silverman & P. D. A. Treffers (Eds.), *Cambridge child and adolescent psychiatry. Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* 255-272. US: Cambridge University Press.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., & Swinson, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33,1106-1113. DOI: 10.1097/00004583-199410000-00006.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics (6ª edição)*. Perô Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar*. *Psychological Inquiry*, 9, 300-303.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejjitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S.S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2009). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., & Mcgehee, P. (2010). Self-compassion resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y.-P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Neff, K. D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211-214.
- 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.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012) Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships With Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22:2, 106-118, DOI: 10.1080/10508619.2011.638601
- OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, *OECD Publishing*, Paris.
- Owens, K (1995). Raising Your Child's Inner Self-Esteem: The Authoritative Guide from Infancy through the Teen Years. *Plenum Press*, New York.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1981). *Human development*. New York: McGraw-Hill.
- Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 4(1), 3-13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57>
- Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2012). Self-compassion: A resource for positive aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 529-539. doi:10.1093/geronb/gbs091.
- Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: Orgone Institute Press.

- Serrão, C., & Alves, S. (2018). Exploração da autocompaixão no contexto de um programa de mindfulness-based cognitive therapy. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (6), 85-91. doi: 10.19131/rpesm.0218
- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., & Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *Journal of Positive Psychology*, 3, 153-164. doi:10.1080/17439760701834602.
- Souza, Luciana Karine de, & Hutz, Claudio Simon. (2016). A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos. *Psico*, 47(2), 89-98. <https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.21185>
- Souza, L. & Hutz, C. (2016). Self-Compassion in Relation to Self-Esteem, Self-Efficacy and Demographical Aspects. *Paidéia* (Ribeirão Preto). 26. 181-188.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Murray, C. J. L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2163-2196.

