

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

PAPEL DO AUTOCRITICISMO E DA AUTOCOMPAIXÃO NA
OCORRÊNCIA DE INSÓNIA EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS

Isabel Cristina Coelho Teixeira

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



Papel do autocriticismo e da autocompaixão na ocorrência de insónia em estudantes universitários

ISABEL CRISTINA COELHO TEIXEIRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar do ISMT

Coorientadora: Professora Doutora Mariana Vaz Pires Marques, Professora Auxiliar

Convidada do ISMT

Coimbra, julho de 2015

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para o longo e trabalhoso percurso que agora termina.

Começo por dirigir à Professora Doutora Sónia Simões, orientadora desta tese, o meu mais sentido agradecimento, por me ter guiado ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Mariana Marques pela disponibilidade e por ter aceitado participar neste projeto.

Ao Instituto Superior Miguel Torga pela autorização para a aplicação dos questionários e realização do estudo.

Aos docentes, nomeadamente às Professoras Doutoradas Helena Espírito Santo, Sofia Arriaga, Fernanda Daniela, Adelaide Carvalho, Sónia Simões, Sónia Guadalupe, ao Prof. Doutor Henrique Vicente e aos Drs. Frederico Fonseca, Ricardo Malheiro e Francisco Amaral pela disponibilização na aplicação dos questionários nas suas salas de aula.

Ao Artur, meu namorado, por todo o apoio e compreensão, pela paciência e dedicação, pela palavra amiga e consolo nas horas menos felizes.

Ao meu irmão e cunhada pela força que me deram. À minha sobrinha Leonor pela sua alegria e inocência que me fazia sorrir quando a vontade não era de todo essa.

Por fim, mas não menos importante, um profundo e sincero agradecimento aos meus pais pelo amor e carinho, pela dedicação e empenho, pela força e coragem que me transmitiram não só neste último ano, mas ao longo de toda a minha vida. Se agora finalizo este trabalho, a eles o devo, porque nunca deixaram de acreditar em mim.

A todos, o meu eterno obrigada.

RESUMO

Até ao momento, nenhum estudo se dedicou a explorar construtos como o autocrítico, a autocompaixão e a insónia. Este estudo tem como objetivos estudar estas associações em estudantes universitários, assim como analisar as diferenças destas associações em dois momentos – janeiro (em plena época de exames) e março (época sem exames) –, que nos permitirá perceber se o stress e a pressão da época de exames têm impacto no sono dos estudantes. Pretendemos, também, verificar se existem associações significativas com algumas variáveis sociodemográficas (idade, sexo). Em virtude das associações encontradas, pretendemos realizar análises preditivas, controlando a influência de sintomas de depressão, ansiedade e stress.

A amostra ficou constituída por 268 estudantes universitários, dos quais 160 participaram no primeiro momento da investigação e 108 participaram no segundo momento com idades compreendidas entre os 19 e 54 anos ($M = 26,45$, $DP = 7,982$; $M = 26,34$, $DP = 0,427$). Os participantes preencheram um protocolo composto por um questionário sociodemográfico, a Escala de Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS), a Escala da Autocompaixão (SELFCS), a Escala de Ativação Pré-Sono (PSAS), o Questionário de Avaliação do Sono (QAS) e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21).

Os resultados obtidos demonstraram que, tanto no primeiro como no segundo momento do estudo, foram os estudantes mais velhos (30 - 54 anos) que tendiam a ser mais compassivos e tolerantes consigo próprios, tal como menos autocríticos e punitivos perante situações difíceis e fracassadas. No primeiro momento, em época de exames, os estudantes mais jovens (19-29 anos) foram quem mais manifestou níveis elevados de autocrítico e ativação cognitiva e somática antes de adormecer, bem como foram quem, em maior proporção, pertenceu aos grupos de insones e sintomas de insónia, comparativamente com os mais velhos. Verificaram-se, ainda, correlações significativas entre a ativação cognitiva e somática e a depressão, ansiedade e stress.

Pode-se concluir, neste estudo, que em plena época de exames, os estudantes mais novos são mais autocríticos e menos autocompassivos o que poderá gerar uma maior ativação cognitiva e somática antes de adormecer e, consequentemente, sintomas de insónia e em insónia propriamente dita.

Palavras-chave: autocrítico, autocompaixão, insónia, sono, alunos universitários.

ABSTRACT

At the moment, no study is dedicated to explore constructs such as self-criticism, self-compassion and insomnia. This study aims to study these associations on university students, as well as analyze the differences of these associations on two moments - January (examination period) and March (without examination period) - that will allow us to understand if stress and the pressure of the examination period have an impact on sleep of students. We also wanted to see if there are significant associations with some sociodemographic variables (age, gender). With these associations, we will perform predictive analysis, controlling for the influence of symptoms of depression, anxiety and stress.

The sample was composed of 268 university students, 160 participated in the first moment of the research, and 108 participated in the second moment, aged between 19 and 54 years ($M = 26,45$, $SD = 7,982$; $M = 26,34$, $SD = 0,427$). Participants filled a protocol composed of a sociodemographic questionnaire, The Self-Criticism and Self-Reassurance Scale (FSCRS), Self-Compassion Scale (SELFCS), Pre-Activation Sleep Scale (PSAS), Sleep Evaluation Questionnaire (SAQ) and Anxiety, Depression and Stress Scales (DASS-21).

The results showed that both in the first and second moment of the study are older students (30-54 years) who tend to be more compassionate and tolerant with themselves, such as less self-critical and punitive before difficult and failed situations. At first moment, in examination period, younger students (19-29 years) showed more high levels of self-criticism and cognitive and somatic activation before falling asleep, and they also were those who, in a great proportion, belonged insomnia and insomnia symptoms groups, compared with the older ones. There were also significant correlations between cognitive and somatic activation and the depression, anxiety and stress.

So we can concluded from this study that in examination period, the youngest students are more-critical and less compassionate, what might lead to greater cognitive and somatic activation before sleep, and consequently to insomnia symptoms and insomnia itself.

Keywords: self-criticism, self-compassion, insomnia, sleep, university students.

1. Introdução

Teoria das Mentalidades Sociais, Autocompaixão e Autocriticismo

A perspectiva evolucionária defende que os mecanismos mentais têm evoluído para capacitar os humanos com características adaptativas, para que estes se desenvolvam, reproduzam e estabeleçam relações sociais (Gilbert, 2005a, 2010). Nas relações intrapessoais e interpessoais, recebemos e emitimos sinais sociais - externos e internos, positivos ou negativos - que nos permitem adotar um comportamento adequado à vida em sociedade. É a aprendizagem decorrente dos papéis sociais que nos capacita para reconhecer os sinais de ataque e de cuidado, o que por conseguinte, ativa respostas emocionais e comportamentais agradáveis ou desagradáveis (Gilbert, 2009, 2010; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus e Palmer, 2006; Gilbert e Procter, 2006).

A teoria das mentalidades sociais, desenvolvida por Gilbert (2005a, 2009, 2010), baseia-se na biologia evolutiva, neurobiologia e teoria da vinculação, assentando em cinco grandes pilares: (I) *procura de cuidados* (afiliativo), implicando o estabelecimento de relações de vinculação seguras, protetoras e afetuosas, a procura de afeto no outro e a responsividade aos seus sinais de cuidado; (II) *prestação de cuidados*, que tem como objetivo a avaliação e satisfação das necessidades do objeto de cuidado, englobando atenção, investimento e supressão das emoções aversivas e dos comportamentos agressivos face a este; (III) *formação de alianças*, que consiste no estabelecimento de relações afetuosas, partilha, afiliação, comportamentos altruístas e supressão da agressividade; (IV) *ranking social* (hierarquia), que envolve a competição por determinados recursos ou papéis sociais, abrangendo o ganho e manutenção de um estatuto (liderança/dominância) e a acomodação face àqueles que alcançaram um estatuto mais elevado (submissão); (V) *sexual*, que envolve comportamentos como a procura, o desejo e a reprodução, bem como manter o companheiro e avaliar os custos e ganhos reprodutivos (Amaral, Castilho e Gouveia, 2010; Castilho, 2011; Gilbert, Clark, Hempel, Miles e Irons, 2004).

Segundo Gilbert (2005a, 2010) algumas pessoas adotam, nas suas relações, comportamentos de dominância/submissão, enquanto outras uma atitude compassiva, resultantes das experiências que tiveram com as figuras cuidadoras. Em continuidade, Thompson e Zurroff (1999) argumentam que uma relação pautada por aceitação condicional, frieza, negligência, hostilidade, vergonha e rejeição, pela avaliação excessivamente contingente e negativa por parte dos pais, conduzem ao desenvolvimento do sistema de ameaça, que opera na mentalidade de *ranking social*, induzindo o aparecimento do autocriticismo (Gilbert, 2005a, 2009). Em oposição, a recordação de calor e afeto numa fase inicial da vida encontra-se associada à capacidade do indivíduo se reconfortar (Gilbert et al., 2006). Assim sendo, em cenários de fracasso e desapontamento, que tipicamente ativam o

autocriticismo, o indivíduo pode assumir uma postura calorosa e de compaixão pelo *eu* (Gilbert, 2000).

Autocriticismo

Concebido à luz das recentes teorias evolucionárias, o autocriticismo tem recebido uma atenção crescente no domínio da psicologia. Este conceito remete para o modo como as pessoas se relacionam consigo mesmas perante situações de falha, erro e desapontamento pessoal, adotando uma postura dura, crítica, intolerante, punitiva e de autoavaliação negativa para com a sua própria condição. Trata-se, portanto, de uma forma de relação *eu-eu* (Gilbert, 2000, 2007; Gilbert et al., 2004). Esta visão multidimensional postula que existem diferentes formas e funções para o autocriticismo associadas a diferentes tipos de emoções negativas, ou seja, criticamo-nos de maneiras diferentes, para diferentes fins (Gilbert et al., 2004).

Quanto às formas do autocriticismo, Gilbert (2004) aponta o *eu-inadequado* como associado a uma sensação de inadequação perante fracassos e derrotas e um sentimento de merecimento de críticas. A forma *eu-detestado* remete para sentimentos de ódio e repugnância pelo *eu*, traduzidos pelo desejo agressivo de maltratar e insultar o *eu*. Em contrapartida, a forma *eu-tranquilizador* foca-se nos aspetos positivos do eu, na compreensão pela própria condição e no encorajamento para o futuro. Ou seja, o *eu* tem a capacidade de se tranquilizar, reconfortar e ter autocompaixão em momentos de falha ou fracasso.

O autocriticismo tem as funções de *autocorreção* e de *autoperseguição/autoataque* (Gilbert et al., 2004). A *autocorreção* tem como objetivo o aperfeiçoamento do *eu*, de modo a prevenir o sujeito de cometer novamente erros e embaraços. Esta função está associada ao medo de inadequação, atuando como uma espécie de autocoerção, que o indivíduo considera ser para o seu bem. O *autoataque* relaciona-se com o desejo de vingança e destruição de uma parte do *eu*, que é considerada má, fraca, contaminante e, por tal motivo, deve ser eliminada.

Mongrain, Vettese, Shuster, e Kendal (1998) constataram que o autocriticismo está relacionado a sentimentos de subordinação e de inferioridade, o que limita a capacidade do indivíduo de estabelecer relações de pertença com os outros. Este estudo veio corroborar os dados apresentados por Zuroff, Koestner e Powers, (1994) que comprovaram que o autocriticismo está associado à depressão e a relações interpessoais pobres.

Assim, o autocriticismo está relacionado com o desajustamento emocional, com relações interpessoais pobres e com diversas perturbações psicopatológicas (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald e Zuroff, 1982; Blatt e Zuroff, 1992; Zuroff e colaboradores, 1994; Zuroff, Moskowitz e Cote, 1999), nomeadamente perturbações de internalização como a fobia social, a perturbação de stresse pós-traumático (Cox, MacPherson, Enns e McWilliams, 2004), as perturbações do comportamento alimentar (Piló, 2013) e a depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979; Cox, McWilliams, Enns e Clara, 2004; Dunkley e Grilo, 2007; Whelton

e Greenberg (2005); Zuroff et al., 1994). Em particular, o autoataque está significativamente associado com a depressão e é considerada a função mais patogénica (Gilbert et al., 2004)

Autocompaixão

A compaixão é um conceito central das tradições orientais, principalmente no budismo (Dalai Lama, 2001a, 2001b; Jackson, 2004), que tem sido ignorado pela psicologia ocidental (Gilbert, 2005b; Goleman, 2005). Só muito recentemente é que este conceito foi introduzido com a sua interpretação original, budista, na literatura da psicologia. Desta forma, torna-se importante distinguir compaixão budista da compaixão como é comumente definida no ocidente (Davidson e Harrington, 2002; Goetz, 2009). No ocidente, a compaixão é concetualizada em termos de compaixão pelos outros, enquanto que na psicologia budista se acredita que é essencial ter, também, compaixão por nós próprios, tal como pelos outros (Neff, 2003b). Assim sendo, assume-se, segundo alguma literatura budista (Dalai Lama e Cutler, 2009) que primeiramente deve-se começar por cultivar essa compaixão por nós próprios e, depois, estender naturalmente essa atitude para os outros.

Neff (2003a; Neff, Rude, e Kirkpatrick, 2007) definiu autocompaixão como uma atitude saudável, calorosa e de autoaceitação pelos aspetos do *self* e da nossa vida de que não gostamos tanto, mantendo as emoções dolorosas sob uma tensão consciente enquanto se estende sentimentos de cuidado e de bondade para com o próprio (Neff, Pisitsungkagarn e Hsieh, 2008). A autocompaixão compreende três componentes básicos que, apesar de distintos, interagem entre si: (a) bondade pelo próprio ou *calor/compreensão* (*versus* julgamento do próprio), que implica ser-se caloroso e compreensivo para consigo próprio quando encontra sofrimento, imperfeições ou fracassos, em vez de ignorar a sua dor ou flagelar-se com autocrítico; (b) *condição humana* (*versus* isolamento), que envolve reconhecer que o sofrimento e o fracasso pessoal são parte de uma experiência humana partilhada; e (c) *mindfulness* (*versus* sobreidentificação), a consciência equilibrada, atenta e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobreidentificação com os mesmos (Neff, 2003a, 2003b).

Desta forma, ter uma atitude autocompassiva pressupõe desejar bem-estar ao *eu*, incentivando-o a mudar de forma calorosa quando necessário e a corrigir padrões de comportamentos disfuncionais e dolorosos (Neff, 2003a). Posto isto, se os indivíduos forem autocompassivos aquando de situações de fracasso ou inadequação, conseguem ter uma atitude compreensiva, calorosa e tolerante, reconhecendo que ser-se imperfeito e cometer erros faz parte da experiência humana comum. Ao adotarem esta postura, os indivíduos colocam a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada em que as emoções negativas são aceites como são no momento presente, em vez de serem suprimidas

ou evitadas (Neff, 2003a; Salovey e Mayer, 1990). Desta forma, a autocompaixão pode ser considerada uma estratégia de regulação emocional (Neff, 2003a).

Tendo por base a sua teoria das mentalidades sociais, para Gilbert (1995) os seres humanos são sensíveis aos sinais de cuidado, afeto e sofrimento emitidos pelos outros, tendo desenvolvido mecanismos específicos de vinculação e ligação aos outros (Gilbert et al., 2006). Neste sentido, o indivíduo sente-se amado e desejado quando existe um estado de segurança, de calor e validação no mundo social de referência que o leva a procurar os outros e a desempenhar estratégias cooperativas e afiliativas que englobam emoções positivas específicas, tais como simpatia e empatia (Leahy, 2005).

A autocompaixão tem recebido nos últimos dez anos uma especial atenção, com mais de 200 artigos e dissertações a analisar o tema. Um dos achados mais consistentes na literatura prende-se com o facto de uma maior autocompaixão estar associada a menos psicopatologia (Barnard e Curry, 2011). A autocompaixão encontra-se positivamente associada com as variáveis: satisfação com a vida, felicidade, inteligência emocional, conetividade social, sabedoria, iniciativa pessoal, otimismo, agradabilidade, extroversão, curiosidade e exploração, consciencialização e afetividade positiva no geral (Neff et al., 2007). Na mesma linha, Leary, Tate, Adams, Allen e Hancock (2007) verificaram que a autocompaixão modera as reações das pessoas face a situações que envolvem rejeição, embaraço e outros acontecimentos negativos, estando associada a menos emoções negativas relativamente a acontecimentos reais, recordados e imaginados, e com padrões de pensamento que normalmente facilitam a capacidade para lidar com acontecimentos negativos. Também têm sido encontradas associações positivas entre a autocompaixão e benefícios académicos, estando ligada a um interesse intrínseco na aprendizagem e em estratégias de *coping* mais saudáveis após fracassar num exame (Neff, Hsieh e Dejjitterat, 2005).

Por outro lado, a autocompaixão aparece negativamente associada ao autocrítico, à depressão, à ansiedade, à ruminação, à supressão de pensamento, ao perfeccionismo neurótico e à afetividade negativa no geral (Neff et al., 2007).

Sono em alunos Universitários

Um sono normal oferece ao indivíduo uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação de energias, possibilitando-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte. A privação do sono geralmente leva a um aumento da fadiga e estado de humor negativo, irritabilidade, diminuição do desempenho psicomotor, lapsos de atenção e dificuldades de concentração, diminuição da memória e tempos de reação prolongados (Rent e Pimentel, 2004). Logo, o sono é uma das propriedades biológicas fundamentais, cuja privação não pode ser mantida mais do que 5 ou 6 dias sem que ocorram alterações comportamentais e fisiológicas, colocando em risco a própria vida (Paiva, 2008).

A população universitária é jovem e, em princípio, saudável, mas a vida universitária nem sempre é acompanhada dos comportamentos de sono mais saudáveis. A carga curricular, os horários noturnos, o sedentarismo e o consumo de drogas lícitas e ilícitas estão associados a uma pobre higiene do sono. Neste sentido, ir para a cama ansioso, ruminar sobre os acontecimentos do dia, o barulho ambiental e estar preocupado ao adormecer também contribuem para uma pobre qualidade de sono (Brown, Buboltz e Soper, 2002). Outra razão que pode explicar a baixa qualidade do sono tem a ver com o processo circadiano, que regula o tempo de sono e de vigília e é influenciado pela temperatura corporal. As pessoas tendem a dormir quando a temperatura corporal é baixa (e.g. a meio da noite) e tendem a estar alerta quando a temperatura corporal é alta (e.g. ao fim da tarde). Assim sendo, se há um atraso no sono até de madrugada, os estudantes podem não dormir tanto como gostariam de noite, porque a temperatura corporal sobe à medida que o dia avança (Roth, 2004).

De acordo com Hicks, Mistury, Lucero, Lee e Pellegrini (1991) tem havido, ao longo das últimas duas décadas, um aumento substancial da percentagem de estudantes universitários que relata insatisfação com o seu sono (24% em 1978, 53% em 1988 e 71% em 2000) e diminuição de cerca de uma hora na média de horas de sono (de 1969 para 1989 passou de 7h45min para 6h45min por noite). Segundo vários estudos, em tempo de aulas, os estudantes universitários deitam-se, em média, entre as 23h e a 1h durante a semana (Allen, 2005; Buboltz, Brown e Soper, 2001; Groff e Mindell, 1996; Manber, Pardee, Bootzin, Kuo, Rider, Rider, Begstrom, 1995) e depois da 1h ao fim de semana (Allen, 2005; Johns, Dudley e Masterton, 1976; Lack, 1986; Lima, Medeiros e Araújo, 2002; Valencia-Flores et al., 1998). Quanto à duração de sono considerada ideal, no estudo de Allen (2005) os estudantes necessitavam de dormir 8-9 horas por noite para se sentirem bem. No entanto, em comparação com a necessidade estimada de sono, os mesmos estudantes dormem 7-8 horas de sono durante a semana e só ao fim de semana dormem 8-9 horas.

Muitos são os estudos onde se verificou que os alunos universitários apresentam sono insuficiente durante a semana e dormem longas horas durante os fins de semana (Allen, 2005; Carskadon e Davis, 1989; Groff e Mindell, 1996; Johns et al., 1976; Lack, 1986; Lima et al., 2002; Machado, Varella e Andrade 1998; Valencia-Flores et al., 1998; Yang, Wu, Hsieh, Liu e Lu, 2003). Determinados autores denominam este padrão por restrição/extensão (Lima et al., 2002; Machado et al., 1998). O facto dos estudantes universitários dormirem mais ao fim de semana pode ser indicador de privação de sono à semana e compensação ao fim de semana. Segundo Allen (2005) quanto mais cedo o estudante se levanta à semana, tanto maior é o atraso relativo da hora de levantar ao fim de semana. Por sua vez, Hawkins e Shaw (1992) caracterizaram o fim de semana não só por um aumento da duração do sono, mas também por

uma melhoria significativa da qualidade subjetiva do sono. De facto, os horários de sono dos estudantes são duas vezes mais variáveis do que os da população em geral.

Brown e colaboradores (2002) verificaram que dois terços dos estudantes universitários referem distúrbios ocasionais de sono, e um terço destes relatam regularmente dificuldades de sono graves. No estudo de Bulbaltz et al (2001), o problema é ainda mais evidente: apenas 11% dos estudantes sondados vão ao encontro dos critérios de boa qualidade de sono, sendo que 73% revelaram dificuldades ocasionais e 15% mostraram fraca qualidade de sono. Na mesma linha, no estudo de Allen (2005) com uma amostra portuguesa, a maioria dos estudantes (54%) afirmou dormir o suficiente a maior parte das noites, mas 19% referiu "nunca" ou "raramente" dormir o suficiente.

Uma das queixas mais frequentes na população universitária é a insónia (Bulbaltz et al., 2001; Shapiro, Press e Weiss, 1980; Suga et al., 2003). Groff e colaboradores (1996) verificaram que 13% dos estudantes da sua amostra sofriam de insónia (mais de 30 minutos a adormecer e dificuldade em manter o sono). Por sua vez, Allen (2005) identificou a presença de percentagens sugestivas de dificuldades de sono: 1) 16% dos estudantes demorava mais de 30 minutos para adormecer, porém apenas 8% sentia dificuldades em adormecer 3 noites ou mais por semana; 2) 18% afirmaram acordar pelo menos 2 vezes durante a noite e 13% indicaram despertar espontaneamente mais cedo que o desejado, pelo menos 3 noites por semana, no entanto, apenas 10% considerou que algum destes dois constituía um problema. Segundo Giesecke (1987), diretor do serviço de saúde de psiquiatria, a insónia na população universitária é uma queixa comum nos serviços de saúde, sobretudo em épocas de exames, consistindo habitualmente numa queixa aguda e transitória, relacionada com stress. Num estudo com alunos de medicina da Universidade de Valladolid compararam-se as respostas obtidas em fevereiro e março (na presença e ausência de avaliações), constatando-se que durante a época de exame, a duração total de sono e a latência (tempo para adormecer) diminuíram significativamente e hora de acordar passou a ocorrer significativamente mais cedo do que no período de aulas (Moreno, Aguado, Royela e Macias, 1996).

Gionotti (1997) num estudo epidemiológico relatou que os estudantes italianos dormiam menos durante a semana, queixavam-se mais de sonolência diurna e dormitavam mais frequentemente que a população em geral e que, em decorrência destes fatores, havia uma associação com baixo desempenho académico, com sintomas de ansiedade e depressão e maior uso de álcool, tabaco e cafeína (Almondes e Araújo, 2003).

A revisão da literatura permitiu constatar a ausência de estudos sobre a associação entre a insónia em alunos universitários e as variáveis autocrítico e autocompaixão. Já a insónia, tem recebido alguma atenção, devido ao facto de ser o distúrbio de sono mais prevalente da população mundial. Contudo, existem poucos estudos portugueses sobre o sono

dos estudantes universitários, nomeadamente Henriques (2008), que apresentou uma caracterização do sono ($n = 924$); Allen (2005), que estudou o sono, sucesso académico e bem-estar ($n = 53$) e, novamente, Allen, Tavares e Azevedo (2009), que analisaram os padrões de sono desta população específica ($n = 1654$).

Assim sendo, o objetivo principal desta investigação é estudar a associação entre as variáveis psicológicas autocrítico e autocompaixão e o sono, nomeadamente a ativação cognitiva e somática antes de adormecer e a vivência de insónia. Pretende-se, também, estudar esta associação em dois momentos distintos na vida académica dos estudantes universitários (janeiro: época de exames; março: época sem exames), permitindo perceber se o stress e a pressão da época de exames têm impacto no sono dos estudantes. Por fim, queremos saber se existem associações entre autocrítico, autocompaixão, ativação cognitiva e somática, vivência de insónia e as variáveis sociodemográficas idade e sexo.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

Foi enviado um pedido de autorização ao Conselho Diretivo do Instituto Superior Miguel Torga para realizar o estudo junto dos estudantes universitários (Apêndice 1), que foi deferido (Anexo 1). Posteriormente, foi seguido o seguinte procedimento para a aplicação e recolha dos protocolos: foram numerados, colocados em envelopes e entregues aos professores, previamente informados acerca dos objetivos do estudo e dos procedimentos a adotar na distribuição e recolha. Assim, os alunos preencheram o protocolo em sala de aula, após assinatura do consentimento informado, com uma descrição da investigação em curso, dos objetivos do estudo e das instruções de preenchimento, bem como a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos.

O protocolo de investigação é composto por: consentimento informado (Apêndice 2), Questionário Sociodemográfico (Apêndice 3), Escala das Formas do Autocrítico e de Autotranquilização (FSCRS) (Anexo 2), Escala da Autocompaixão (SELFCS) (Anexo 3), Questionário da Avaliação do Sono (QAS) (Apêndice 4), Escala de Ativação Pré-Sono (PSAS) (Anexo 4) e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21) (Anexo 5).

O estudo decorreu em dois momentos, no mês de janeiro de 2013, em plena época de exames escolares e em março de 2013, período em que não há exames a decorrer.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário Sociodemográfico (Apêndice 3)

O questionário sociodemográfico elaborado para este estudo é composto por 8 questões: (1) Idade; (2) Sexo; (3) Estado Civil; (4) Curso; (5) Ano que frequenta; (6)

Satisfação com a licenciatura; (7) Se vive na mesma localidade onde frequenta o curso; (7.1) Se vive com os pais durante o tempo de aulas; (8) Caracterização do contexto habitacional.

2.2.2. Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização (FSCRS, *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale*; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004; tradução e adaptação de Castilho e Pinto Gouveia, 2011a) (Anexo 2).

A versão portuguesa deste instrumento de autorresposta é composto por 22 itens que, à semelhança da escala original, procuram avaliar a forma como as pessoas se criticam, se atacam e se tranquilizam em situações de fracasso, falha e ineficácia pessoal.

A FSCRS é constituída por três subescalas: (i) *Eu Inadequado*, que avalia as sensações de inadequação e de inferioridade do *eu* perante o fracasso, obstáculos e erros (e.g. “acho que mereço o meu autocriticismo”); (ii) *Eu Tranquilizador*, que remete para um comportamento mais positivo e caloroso, de conforto, compaixão e de tranquilização pelo *eu*, face ao erro/falha (e.g. “continuo a gostar de quem sou”); e *Eu Detestado*, que avalia um sentimento de repugnância/ódio/perseguição ao eu (e.g. “fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo”). No que diz respeito à distribuição de itens por subescala, à subescala *Eu Inadequado* correspondem nove itens (1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20), à subescala *Eu Tranquilizador* oito itens (3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21) e à subescala *Eu Detestado* cinco itens (9, 10, 12, 15, 22). Os itens são respondidos numa escala de *Likert*, de cinco pontos: 0 - Não sou assim; 1 – Sou um pouco assim; 2 – Sou moderadamente assim; 3 – Sou bastante assim; e 4 – Sou extremamente assim.

O resultado total do autocriticismo é obtido pela soma das pontuações das subescalas *Eu Inadequado* e *Eu Detestado*, sendo que o resultado destas subescalas indica a forma de autocriticismo mais utilizada pelo sujeito (Castilho, 2011a). Quanto maior é a pontuação em cada subescala, maior é o nível apresentado pelo sujeito dessa forma de autocriticismo.

No estudo original, a escala demonstrou uma boa consistência interna, com *alfas* de Cronbach para o *Eu Inadequado* de 0,90, *Eu Detestado* de 0,86 e *Eu Tranquilizador* de 0,86 (Gilbert et al., 2004). Na versão de Castilho e Pinto Gouveia (2011a), os valores da consistência interna foram de 0,89, 0,62 e 0,87 nas subescalas *Eu Inadequado*, *Eu Detestado* e *Eu tranquilizador*. No presente estudo, foram obtidos os seguintes valores de *alfa* de Cronbach no primeiro e no segundo momento de aplicação do FSCRS, 0,83/0,88; 0,79/0,79 e 0,87/0,86 respetivamente nas subescalas *Eu Inadequado*, *Eu Detestado* e *Eu Tranquilizador*. Em ambos os momentos, as subescalas *Eu Inadequado* e *Eu Tranquilizador* apresentaram boa

consistência interna e a subescala *Eu Detestado* obteve valores razoáveis de consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008)¹.

2.2.3. Escala da Autocompaixão (SELFCS, *Self-Compassion Scale*, Neff, 2003a; tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia, & Castilho, 2011b) (Anexo 3).

A SELFCS foi desenvolvida por Neff (2003a) com o objetivo de medir a atitude compassiva em relação ao próprio, segundo a filosofia budista adaptada à psicologia ocidental. Foi concebida para mensurar três grandes componentes da autocompaixão, em subescalas dicotômicas equitativas: *calor/compreensão versus autocrítica*, *condição humana versus isolamento* e *mindfulness versus sobreidentificação* (Castilho et al., 2011b; Neff, 2003). É uma escala de autorrelato, constituída por 26 itens, organizada em 6 subescalas: (i) *Calor/compreensão* (C; itens 5, 12, 19, 23, 26), (ii) *Autocrítica* (AC; itens 1, 8, 11, 16, 21), (iii) *Condição Humana* (CH; itens 3, 7, 10, 15), (iv) *Isolamento* (I; itens 4, 13, 18, 25), (v) *Mindfulness* (M; itens 9, 14, 17, 22), e (vi) *Sobreidentificação* (SI; itens 2, 6, 20, 24). As respostas são de tipo *Likert*, com 5 pontos de resposta: (1) Quase Nunca; (2) Raramente; (3) Algumas Vezes; (4) Muitas Vezes; e (5) Quase Sempre.

A cotação deste questionário pode ser efetuada de duas formas: ao nível da escala global (Autocompaixão), ou ao nível das subescalas (C, AU, CH, I, M, SI). Em qualquer dos casos, calcula-se a média dos resultados dos itens que as constituem, tendo o cuidado de inverter previamente os itens (1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25) das subescalas negativas (I, AU, SI) que estão formulados no sentido oposto ao da designação das mesmas (ex.: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1) (Neff, 2003). Neff (2006; 2009) refere que para uma interpretação mais prática, deve-se utilizar a média da escala total, podendo assim classificar-se o indivíduo de acordo com três parâmetros: baixa autocompaixão (intervalo de 1 a 2,5); moderada autocompaixão (intervalo de 2,5 a 3,5) e elevada autocompaixão (intervalo de 3,5 a 5,0).

As subescalas da versão original obtiveram os seguintes valores da consistência interna: $\alpha=0,78$, $0,77$, $0,80$, $0,79$, $0,75$, $0,81$ e $0,92$ nas subescalas *Calor/Compreensão*, *Autocrítica*, *Condição Humana*, *Isolamento*, *Mindfulness*, *Sobreidentificação* e *Autocompaixão* (soma das subescalas: *Calor/Compreensão*, *Condição Humana* e *Mindfulness*), respetivamente (Neff, 2003). Na versão portuguesa, o valor da consistência interna das subescalas foram de $\alpha=0,80$, $0,77$, $0,66$, $0,74$, $0,65$, $0,68$ e $0,72$, respetivamente nas subescalas, *Calor/Compreensão*, *Autocrítica*, *Condição Humana*, *Isolamento*, *Mindfulness*, *Sobreidentificação* e *Autocompaixão* (Castilho, 2011b).

¹Os valores de alfa de Cronbach foram interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): $<0,6$ – inadmissível; $0,6$ a $0,7$ - fraca; entre $0,7$ e $0,8$ razoável; entre $0,8$ e $0,9$ boa; superior a $0,9$ muito boa.

No presente estudo, foram obtidos os seguintes valores de consistência interna no primeiro momento e segundo momento, de 0,75/0,84; 0,75/0,79; 0,67/0,76; 0,71/0,81; 0,73/0,76 e 0,75/0,82, 0,73/0,81, respetivamente nas subescalas *Calor/Compreensão*, *Autocrítica*, *Condição Humana*, *Isolamento*, *Mindfulness*, *Sobreidentificação* e *Autocompaixão*. Os valores de *alfa* de Cronbach, do nosso estudo, revelam, no primeiro momento de aplicação do instrumento, uma fraca consistência interna na subescala *Condição Humana* e uma consistência interna razoável nas restantes subescalas. No segundo momento, os *alfas* de Cronbach revelam boa consistência interna para as subescalas *Calor/Compreensão*, *Isolamento* e *Sobreidentificação* e uma consistência interna razoável para as restantes subescalas. No primeiro e segundo momento do estudo, os *alfas* da subescala *Autocompaixão* demonstram uma consistência interna razoável e uma boa consistência interna, respetivamente (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.4. Escala de Ativação Pré-Sono (PSAS, Pre-sleep Arousal Scale, Nicassio, Mendlowitz, Fussell, e Petras, 1985; tradução e adaptação portuguesa de Azevedo, Maia, Marques, Nogueira, Soares, Pereira, Valente e Macedo, 2010) (Anexo 4).

A PSAS é composta por 16 itens de autorresposta que descrevem sintomas de *arousal*/ativação experienciados à hora de deitar. Os primeiros oito itens medem a ativação cognitiva (ex.: “Preocupo-me em adormecer”, “Não sou capaz de deixar de pensar, ‘desligar’”) e os restantes medem a ativação somática (ex.: “Sinto o coração acelerado, batimentos fortes ou irregulares”, “Tenho uma sensação de agitação, nervoso no corpo”), com formato de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (1 - De maneira nenhuma; 2 – Um pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 - MUITÍSSIMO) (Nicassio et al., 1985). A cotação deste questionário é efetuada ao nível das subescalas (*Cognitiva e Somática*), em que os resultados são classificados em *alta ou baixa excitação cognitiva ou somática*. Quanto maior a pontuação, maior a excitação.

No estudo da versão portuguesa da escala, os autores verificaram que a ativação cognitiva e somática se associavam a medidas de avaliação do afeto negativo, neuroticismo e variáveis de sono. As duas subescalas permitiram discriminar os indivíduos que diziam dormir bem dos indivíduos que referiam dormir mal, sendo estas diferenças mais elevadas relativamente à dimensão de ativação cognitiva (Azevedo et al., 2010).

No estudo original, a escala demonstrou uma boa consistência interna, com *alfas* de Cronbach para a subescala *Cognitiva* de $\alpha = 0,72$ e para a subescala *Somática* de $\alpha = 0,76$ (Nicassio et al., 1985). Na versão de Azevedo e colaboradores (2010), os valores da consistência interna das subescalas *Cognitiva* e *Somática* foram $\alpha = 0,86$ e $\alpha = 0,85$, respetivamente. Quanto aos valores de consistência interna da presente investigação, medidos pelo *alfa* de Cronbach, foram encontrados, no primeiro e segundo momentos, os seguintes

resultados: 0,84/0,81 para a subescala *Cognitiva* e 0,91/0,84 para a subescala *Somática*. Estes valores podem ser classificados como representativos de uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.5. Questionário de Avaliação do Sono (QAS, Marques, Simões e Teixeira, 2013) (Apêndice 4).

O QAS foi desenvolvido para este estudo como uma medida rápida da insónia (que seguisse de perto os critérios do DSM-IV, CID-10 e CIDS). Para além disso, permite verificar a eventual influência do consumo de substâncias, a presença de outra perturbação de sono ou de perturbação mental no sono. Avalia, ainda, de forma breve, a percepção subjetiva da qualidade de sono e permite obter um índice de privação de sono, calculado pela diferença entre o relato do sujeito de quais são as suas necessidades de sono e de qual é a duração habitual de sono.

Oito itens do QAS dizem respeito à avaliação da insónia (respostas dicotómicas: sim/não) e são respondidos em relação ao último mês, precisamente para cobrir o período considerado nos manuais de diagnóstico referidos. Três itens iniciais (itens 1 a 3) avaliam a presença/ausência de sintomas de insónia (inicial, intermédia e final), um item avalia se o sono tem sido reparador (item 4) e 2 itens avaliam o impacto dos sintomas de sono (itens 5 e 6). O item 7 exclui o facto dos sintomas de insónia se poderem ficar a dever exclusivamente à pessoa não ter condições adequadas para dormir (critério essencial seguido pelos manuais já referidos). Visto que a insónia pode estar associada a sonolência diurna e preocupação com as consequências diurnas de dormir mal, estes aspetos são também questionados (itens 7 e 8). Para nos certificarmos da gravidade do problema em dormir, os sujeitos respondem a dois itens sobre a toma de medicação (prescrita pelo médico ou/e natural) (itens 9 e 10).

O item 11 avalia a qualidade do sono, numa escala de *Likert*: (1) Muito má, (2) Má, (3) Razoável, (4) Boa e (5) Muito boa. Através do cálculo da diferença do item 13 (que avalia a duração do sono habitual) pelo item 12 (que avalia as necessidades habituais de sono) é obtido o valor do índice de privação de sono. Por fim, os itens 14, 15 e 16 do questionário permitem avaliar a presença de consumo de substâncias, de uma perturbação de sono e de perturbação mental, que possam ter afetado o sono no último mês. A partir das respostas dadas aos itens 1 a 3 e 5 a 7 é possível classificar os indivíduos em três grupos de sono distintos: *Goodsleepers*, Sintomas de Insónia e Insones. Para classificar um indivíduo como *Goodsleeper* este tem que responder negativamente aos itens 1, 2 e 3, assim como aos itens 5 e 6, ou seja, não ter sintomas de sono nem prejuízo do sono. Relativamente ao grupo com Sintomas de insónia, os indivíduos devem responder afirmativamente a pelo menos um dos três primeiros itens (1, 2, 3), mas responder negativamente aos itens 5 e 6. A pessoa também tem de afirmar que os sintomas existem mesmo tendo as condições adequadas para

dormir (item 7). Assim, a pessoa terá um ou vários sintomas de insónia, mas não terá prejuízo associado. Quanto ao grupo dos Insones, o indivíduo tem que responder sim a pelo menos um dos itens 1, 2 e 3, bem como a um dos itens 5 e 6 (tem de ter pelo menos um dos prejuízos associados aos sintomas). Para além disso, os sintomas e prejuízo têm de ocorrer mesmo quando a pessoa tem condições adequadas para dormir (item 7). Importa esclarecer que quando se formaram os grupos (na base de dados) nos confrontámos com situações em que as pessoas não tinham sintomas de insónia, mas afirmavam ter prejuízo do sono (mesmo tendo condições adequadas para dormir), pelo que estas pessoas foram classificadas como fazendo parte do grupo dos Sintomas de Insónia.

2.2.6. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS-21, *Depression, Anxiety & Stress Scale*; Lovibond e Lovibond, 1995; tradução e adaptação de Apóstolo, Mendes e Azevedo, 2006). (Anexo 5)

A DASS-21 é uma escala de autorrelato constituída por um conjunto de três subescalas – *Depressão* (DASS-D), *Ansiedade* (DASS-A) e *Stresse* (DASS-S) – cada uma com 7 itens, o que perfaz um total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert* (0: não se aplica a mim; 1: aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; 2: aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo e 3: aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). A DASS-21 é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”, sendo que as notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os itens da DASS-21 foram selecionados de modo que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens, multiplicando a nota por dois. A severidade dos sintomas é classificada de normal a extremamente severa, dependendo do total e da subescala em questão. No caso da subescala *Depressão* pode ser considerada *Normal* se os valores se encontrarem entre 0-9; *Muito moderado* de 10-13; *Moderada* de 14-20; *Severa* de 21-27 e *Extremamente Severa* a partir de 28. Na subescala *Ansiedade*, classifica-se como *Normal* quando os valores estão entre 0-7; *Muito Moderado* entre os 8-9; *Moderada* entre 10-14; *Severa* entre 15-19 e *Extremamente Severa* a partir de 20. Por último, na subescala *Stresse* classifica-se como *Normal* de 0-14; *Muito Moderado* de 15-18; *Moderada* de 19-25; *Severa* de 26-33 e *Extremamente Severa* a partir de 34.

As subescalas da versão original obtiveram os seguintes valores da consistência interna: *Depressão* $\alpha = 0,88$; *Ansiedade* $\alpha = 0,82$; *Stresse* $\alpha = 0,90$ e DASS total $\alpha = 0,93$ (Lovibond et al., 1995). Na versão portuguesa, o valor da consistência interna para a

subescala da *Depressão* foi $\alpha = 0,90$; da *Ansiedade* foi $\alpha = 0,86$, do *Stresse* foi $\alpha = 0,88$ e $0,95$ para a DASS total (Apóstolo et al., 2006). No presente estudo, os valores de *alfa* de Cronbach obtidos, no primeiro e segundo momentos, foram de $0,92/0,69$; $0,89/0,82$; $0,91/0,92$; e $0,95/0,92$, designadamente nas subescalas *Depressão*, *Ansiedade* e *Stresse* e na DASS total. Segundo Pestana e Gageiro (2008), o nosso estudo revela uma boa consistência interna na DASS-21 total e em todas as subescalas, com a exceção da subescala *Depressão* no segundo momento que apenas obteve uma consistência razoável.

2.3. Amostra

Depois de identificada a população do estudo, definiu-se o modo de seleção dos sujeitos que iriam constituir a amostra. Uma vez que a amostra é composta por sujeitos que são facilmente atingíveis e que estão presentes num determinado local e num preciso momento (Fortin, 1999) foi utilizada a amostragem não probabilística accidental.

Dos 345 questionários distribuídos, foram devolvidos 280. Desses 280 foram excluídos 12 questionários do estudo, dado que estavam incompletos ou foram considerados de natureza duvidosa. Assim sendo, a amostra deste estudo é uma amostra de conveniência, composta por 268 estudantes universitários, dos quais 160 participaram no primeiro momento da investigação (em plena época de exames) e 108 participaram no segundo momento (época sem exames).

No primeiro momento deste estudo, 76,5% dos participantes eram do sexo feminino ($n = 121$). A média de idades foi 26,34 anos ($DP = 7,99$), com uma distribuição entre os 19 e os 54 anos. Relativamente ao estado civil, 50% eram casados(as), viviam em união de facto ou tinha namorado(a) ($n = 80$) e 45,6% eram solteiros(as) ($n = 73$). No segundo momento do estudo, 63% da amostra era do sexo feminino ($n = 68$) e a média das idades foi de 26,15 anos ($DP = 7,64$). No que diz respeito ao estado civil, 50,9% eram casados(as), viviam em união de facto ou tinha namorado(a) ($n = 55$) e 43,5% eram solteiros(as) ($n = 47$). Seguidamente, na Tabela 1, apresentam-se os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

	Primeiro momento ($n = 160$)			Segundo momento ($n = 108$)		
	<i>n</i>	%	Medidas descritivas	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
Sexo						
Masculino	39	24,4	<i>Mo</i> : feminino	40	37,0	<i>Mo</i> : feminino
Feminino	121	75,6		68	63,0	
Idade						
19-29 Anos	122	76,3	$M = 26,34$	83	76,9	$M = 26,15$
30-54 Anos	38	23,8	$DP = 7,99$	25	23,1	$DP = 7,64$
Estado Civil						
Solteiro(a)	73	45,6	<i>Mo</i> :	47	43,5	<i>Mo</i> :
Casado(a)/União facto/Namora	80	50,0	Casado(a)/União de	55	50,9	Casado(a)/União de
Divorciado/Separado	7	4,4	facto/Namora	6	5,6	facto/Namora

Nota: n = número total de sujeitos; M = média; DP = desvio-padrão; Md = mediana; Mo: moda

A maior parte dos estudantes da amostra frequentava o 3º ano de licenciatura, respetivamente 87 estudantes (54,4%) no primeiro momento da investigação e 58 estudantes (50,0%) no segundo momento da investigação. Questionou-se os estudantes acerca do local de residência e a maioria referiu não viver com os pais ($n = 90$; 56,6%), residindo com colegas que não conheciam ($n = 29$; 31,5%) ou com família ($n = 27$; 29,3%). Quanto ao seu local de residência, no segundo momento do estudo, 66 estudantes responderam não viver com os pais (61,1%), realçando viver sozinhos ($n = 18$; 26,9%) ou com colegas que não conheciam ($n = 18$; 26,9%). Relativamente ao nível de satisfação com o curso, a esmagadora maioria dos estudantes sentia-se moderadamente ou bastante satisfeito, tanto no primeiro como no segundo momento do estudo.

Tabela 2

Caracterização das variáveis referentes ao contexto escolar

	Primeiro Momento ($n = 160$)			Segundo Momento ($n = 108$)		
	<i>n</i>	%	Medidas descritivas	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
Ano de escolaridade						
1º Ano licenciatura	36	22,5		20	18,5	
2º Ano licenciatura	35	21,9	<i>Mo</i> : 3º ano de licenciatura	34	31,1	<i>Mo</i> : 3º ano de licenciatura
3º Ano licenciatura	87	54,4		54	50,0	
1º Ano mestrado	2	1,3		0	0	
Satisfação com o Curso:						
Nada Satisfeito	0	0	<i>Mo</i> : Bastante Satisfeito	0	0	<i>Mo</i> : Moderadamente Satisfeito
Pouco Satisfeito	8	5,0		2	1,9	
Moderadamente Satisfeito	65	40,6		54	50,0	
Bastante Satisfeito	87	54,4		52	48,1	
Vive com os pais						
Sim	69	43,4	<i>Mo</i> : Não	42	38,9	<i>Mo</i> : Não
Não	92	56,6		67	61,1	
Se não vive com pais, com quem vive:						
Sozinho	18	19,6	<i>Mo</i> : Com colegas desconhecidos	18	26,9	<i>Mo</i> : sozinho; com colegas desconhecidos
Colegas conhecidos e desconhecidos	44	47,8		34	50,8	
Amigos e família	29	31,5		13	19,4	
Pessoa desconhecida	1	1,1		2	3,0	

Nota: n = número total de sujeitos; M = média; DP = desvio-padrão; Mo: Moda.

2.4. Análise estatística

Para realizar esta investigação utilizou-se o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows.

Inicialmente, recodificou-se a variável idade (1: 19-29 anos, 2: 30-54 anos) de forma a facilitar as futuras análises. De seguida, analisou-se a normalidade da distribuição da amostra, calculada através do teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. Esta análise indicou que a amostra não tem uma distribuição normal. Contudo, utilizaram-se testes paramétricos, dado que quando a amostra tem um n superior a 30 tende para a normalidade (Pestana e Gageiro, 2008). Não obstante, ao efetuar a análise estatística do segundo momento do estudo, recorreu-se também, a testes não paramétricos, devido à dimensão reduzida dos grupos de duas variáveis (nomeadamente o grupo dos 30-54 anos da variável idade e os grupos *GoodSleepers* e Sintomas de Insónia da variável grupos de sono).

Importa realçar que se realizaram análises estatísticas em cada um dos momentos separadamente (T1 = época de exames, T2 = época sem exames). Inicialmente foi pertinente, com base nas respostas ao QAS (em particular, as questões 1 a 3 e 5 a 7), criar três grupos de sono (*GoodSleepers*, Sintomas de Insónia e Insones). Após este procedimento estatístico, realizou-se a análise descritiva, que envolveu as pontuações médias e desvios-padrão, bem como o cálculo de frequências absolutas e percentuais. Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da FSCRS, SELFCS e PSAS em função da variável idade e sexo dos participantes, utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Porém, como um dos grupos da variável idade no segundo momento do estudo tinha um *n* inferior a 30, recorreu-se a um teste não paramétrico, o teste *U* de *Mann Whitney*, para confirmar os resultados obtidos. Como os resultados foram semelhantes, optou-se pela apresentação dos dados obtidos no teste *t* de *Student*.

Foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para a independência em ambos os momentos do estudo, com o objetivo de verificar se existiam diferenças na variável grupos de sono em função das variáveis sexo e idade dos estudantes. Para estudar a existência de diferenças entre grupos de sono (*Goodsleepers*, Sintomas de insónia e Insones) nas diversas dimensões das variáveis autocriticismo e autocompaixão recorreu-se à ANOVA *Oneway* no 1º momento, e no 2º momento ao teste *H* de *Kruskal Wallis*. Determinaram-se, ainda, coeficientes de *r* de *Pearson* para testar as relações entre as variáveis psicológicas (dimensões do Autocriticismo e Autocompaixão) e o sono (dimensões da PSAS), assim como se analisou as relações entre as dimensões da DASS-21 (Depressão, Ansiedade e Stresse) e o sono (dimensões da PSAS).

3.Resultados

Autocriticismo

Para o primeiro e segundo momento do estudo, analisou-se se existiam diferenças nos níveis de autocriticismo em função das variáveis idade e sexo dos estudantes, através do teste *t* de *Student* para amostras independentes (Tabela 3). No primeiro momento do estudo todos os resultados são estatisticamente significativos. Assim sendo, os jovens tinham um autocriticismo mais elevado, especificamente nas dimensões Eu Inadequado [$M = 12,70$, $DP = 6,45$; $t(158) = 2,66$, $p = 0,008$], Eu Detestado [$M = 3,38$, $DP = 3,98$; $t(158) = 2,43$, $p = 0,016$] e no total da FSCRS [$M = 16,07$, $DP = 9,61$; $t(158) = 2,82$, $p = 0,005$]. Por outro lado, os adultos apresentaram valores mais altos na dimensão Eu Tranquilizador [$M = 22,53$, $DP = 6,64$; $t(158) = -2,56$, $p = 0,011$]. Já no segundo momento do estudo, não existiram resultados estatisticamente significativos, importando no entanto realçar a tendência estatisticamente significativa [$M = 21,92$, $DP = 6,97$; $t(106) = -1,97$, $p = 0,051$] que os adultos têm para pontuar mais na dimensão Eu Tranquilizador, comparativamente com os mais jovens.

Quanto à variável sexo, optou-se por não se apresentar os resultados em tabela, dado não existirem resultados estatisticamente significativos nos dois momentos da investigação.

Tabela 3

Teste t de Student explorando diferenças no autocriticismo pela idade dos estudantes

	Primeiro momento (n = 160)			Segundo momento (n = 108)		
	Jovens (n = 122)	Adultos (n = 38)	t/p	Jovens (n = 83)	Adultos (n = 25)	t/p
	M(DP)	M(DP)		M(DP)	M(DP)	
FSCRS:						
Eu inadequado	12,70(6,45)	9,47(6,67)	2,66/ 0,008	12,81(7,25)	10,16(7,19)	1,60/0,112
Eu tranquilizador	19,56(6,08)	22,53(6,64)	-2,56/ 0,011	19,22(5,70)	21,92(6,97)	-1,97/ 0,051
Eu detestado	3,38(3,98)	1,74(2,00)	2,43/ 0,016	2,40(3,27)	2,04 (2,89)	0,49/0,625
FSCRS-Total	16,07 (9,61)	11,21(8,02)	2,82/ 0,005	15,20(9,63)	12,20(9,73)	1,36/0,176

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão; t = t de Student; p = nível de significância ($p < 0,05$).

Autocompaixão

Utilizou-se o teste *t de Student* para amostras independentes, tendo a finalidade de analisar a existência de diferenças nos níveis de autocompaixão em função da variável idade, no primeiro e segundo momentos do estudo. Na Tabela 4, é possível verificar que, no primeiro momento do estudo, os valores estatisticamente significativos incidiram nos adultos, ou seja, foram os participantes com idades compreendidas entre os 30-54 anos a apresentar valores mais elevados nas dimensões Isolamento [$M = 15,47$, $DP = 2,85$; $t(158) = -4,01$, $p = 0,000$], *Mindfulness* [$M = 14,24$, $DP = 3,24$; $t(158) = -3,23$, $p = 0,001$], Sobreidentificação [$M = 14,79$, $DP = 3,55$; $t(158) = -3,30$, $p = 0,001$] e na escala total de Autocompaixão [$M = 89,79$, $DP = 13,88$; $t(158) = -3,34$, $p = 0,001$].

No segundo momento do estudo, observou-se que foram os adultos que obtiveram a maioria dos valores estatisticamente significativos, nomeadamente nas dimensões Calor/compreensão [$M = 16,48$, $DP = 5,01$; $t(106) = -3,18$, $p = 0,002$], Isolamento [$M = 15,48$, $DP = 3,16$; $t(106) = -2,32$, $p = 0,022$], Sobreidentificação [$M = 15,80$, $DP = 3,39$; $t(106) = -3,31$, $p = 0,001$] e escala total da SELFCS [$M = 94,04$, $DP = 18,63$; $t(106) = -3,29$, $p = 0,001$]. Todavia, importa referir que os jovens apresentaram valores mais altos na dimensão *Mindfulness* [$M = 16,63$, $DP = 2,83$; $t(106) = -3,29$, $p = 0,001$].

Tabela 4

Teste t de Student explorando diferenças na autocompaixão pela idade dos estudantes

	Primeiro momento(n = 160)			Segundo momento (n = 108)		
	Jovens (n = 122)	Adultos (n = 38)	t/p	Jovens (n = 83)	Adultos (n = 25)	t/p
	M(DP)	M(DP)		M(DP)	M(DP)	
SELFCS:						
Calor/compreensão	14,52(2,89)	15,03(3,70)	-0,88/0,378	13,67(3,45)	16,48(5,01)	-3,18/ 0,002
Autocrítica	16,39(3,26)	17,29(3,78)	-1,43/0,154	16,70(3,99)	17,96(3,74)	-1,40/0,164
Condição Humana	12,57(2,79)	12,97(2,48)	-0,80/0,421	12,48(3,12)	13,48(3,34)	-1,37/0,171
Isolamento	13,27(2,08)	15,47(2,85)	-4,01/ 0,000	13,61(3,60)	15,48(3,16)	-2,32/ 0,022
<i>Mindfulness</i>	12,61(2,50)	14,24(3,24)	-3,23/ 0,001	16,63(2,83)	14,84(3,27)	-3,29/ 0,001
Sobreidentificação	12,82(3,09)	14,79(3,55)	-3,30/ 0,001	13,27(3,33)	15,80(3,39)	-3,31/ 0,001
SELFCS total	82,17(11,73)	89,79(13,88)	-3,34/ 0,001	82,36(14,48)	94,04(18,63)	-3,29/ 0,001

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão; t = t de Student; p = nível de significância ($p < 0,05$);

Para estudar as diferenças nos níveis de autocompaixão em função da variável sexo, realizou-se o teste *t de Student* para amostras independentes, no primeiro momento e segundo momento do estudo. Neste contexto, verifica-se na Tabela 5 que as mulheres apresentaram valores estatisticamente significativos mais elevados na dimensão condição humana [$M = 12,97$, $DP = 2,63$; $t(158) = -2,53$, $p = 0,012$], comparativamente com os homens [$M = 11,72$, $DP = 2,80$].

No mesmo sentido, também no segundo momento as mulheres tiveram uma pontuação estatisticamente significativa mais elevada na dimensão Condição humana [$M = 13,19$, $DP = 3,11$; $t(106) = -2,06$, $p = 0,042$], em comparação com os homens [$M = 11,90$, $DP = 3,18$]. O contrário ocorreu na dimensão Isolamento, com os homens a apresentarem os valores mais altos, sendo contudo apenas tendencialmente significativos ($M = 14,90$, $DP = 3,35$; $t(106) = 1,92$, $p = 0,057$).

Tabela 5

Teste t de Student explorando diferenças na autocompaixão pelo sexo dos estudantes

	Primeiro momento (n = 160)			Segundo momento (n = 108)		
	Masculino (n = 39)	Feminino (n = 121)	t/p	Masculino (n = 40)	Feminino (n = 68)	t/p
	M(DP)	M(DP)		M(DP)	M(DP)	
SELFCS:						
Calor/compreensão	14,79(3,09)	14,59(3,11)	0,36/0,717	14,30(4,09)	14,34(4,01)	-0,04/0,962
Autocrítica	16,64(3,72)	16,59(3,31)	0,08/0,931	16,53(4,23)	17,26(3,79)	-0,93/0,351
Condição Humana	11,72(2,80)	12,97(2,63)	-2,53/0,012	11,90(3,18)	13,19(3,11)	-2,06/0,042
Isolamento	14,23(3,70)	13,65(2,86)	1,01/0,311	14,90(3,35)	13,54(3,64)	1,92/0,057
Mindfulness	13,31(2,82)	12,90(2,76)	0,79/0,428	13,65(2,77)	12,84(3,21)	1,33/0,186
Sobreidentificação	14,10(3,40)	13,02(3,24)	1,78/0,077	14,38(3,62)	13,54(3,41)	1,19/0,235
SELFCS total	84,79(14,04)	83,72(12,22)	0,46/0,646	85,65(16,60)	84,72(16,10)	0,28/0,775

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão; t = t de Student; p = nível de significância ($p < 0,05$).

Ativação Cognitiva e Somática antes de adormecer

Posteriormente, explorou-se a existência de diferenças nos níveis de ativação cognitiva e somática antes de adormecer, em função das variáveis idade e sexo dos estudantes, no primeiro e segundo momento do estudo, através do teste *t de Student* para amostras independentes (Tabela 6). Observou-se que os jovens manifestaram níveis mais elevados de ativação somática [$M = 15,36$, $DP = 7,01$; $t(158) = 3,27$, $p = 0,001$], comparativamente com os adultos [$M = 11,29$, $DP = 5,44$], de modo estatisticamente significativo. O mesmo ocorreu na escala total, com os jovens a apresentarem as pontuações mais altas [$M = 37,33$, $DP = 11,95$; $t(158) = 2,92$, $p = 0,004$], quando comparados com os adultos [$M = 31,03$, $DP = 10,31$].

No que diz respeito às diferenças nos níveis de ativação cognitiva e somática em função da idade e do sexo, não se verificaram resultados estatisticamente significativos no segundo momento da investigação, assim sendo não se apresentam os valores em Tabela.

Tabela 6*Teste t de Student explorando diferenças na Ativação Cognitiva e Somática pela idade*

	Primeiro momento (n = 160)			Segundo Momento (n = 108)		
	Jovens (n = 122)		t/p	Jovens (n = 83)		t/p
	M(DP)	Adultos (n = 38)		M(DP)	Adultos (n = 25)	
PSAS – Cognitiva	21,97(6,46)	19,74(6,41)	1,86/0,065	21,10(6,00)	20,56(6,23)	0,38/0,699
PSAS – Somática	15,36(7,01)	11,29(5,44)	3,27/ 0,001	12,86(5,01)	12,76(5,98)	0,08/0,937
PSAS – Total	37,33(11,95)	31,03(10,31)	2,92/ 0,004	33,95(9,22)	33,32(11,78)	0,28/0,779

Notas: M = Média; DP = Desvio padrão; t = t de Student; p = nível de significância (p<0,05)

Insónia

Com o objetivo de verificar se existiam associações entre a variável grupos de sono e as variáveis idade e sexo dos estudantes, calculou-se o teste de Qui-Quadrado para a independência, no primeiro e segundo momento da investigação (Tabela 7). Assim, verificou-se uma maior proporção de jovens a pertencerem, principalmente, aos grupos com Sintomas de Insónia (83,1%) e de Insones (83,3%), comparativamente com os seus colegas mais velhos (16,9 % e 16,7 % respetivamente) em época de exames (primeiro momento). Também são os estudantes mais novos que, em maior proporção, têm um melhor sono, sendo 59,6% incluídos no grupo dos *Goodsleepers*, face aos 40,4% de adultos.

Já no período de aulas sem exames, não se encontraram diferenças significativas nas proporções de sujeitos pertencentes aos três grupos de tipos de sono em função da idade.

Quanto à associação entre a variável grupos de sono e o sexo, não se encontraram resultados estatisticamente significativos, tanto no primeiro como no segundo momento do estudo, tendo-se por isso optado por não apresentar os resultados em tabela.

Tabela 7*Teste do Qui-Quadrado para a Independência (Grupos de sono pela idade)*

	1º Momento						2º Momento					
	Jovens (n=122)			Adultos (n=38)			Jovens (n=83)			Adultos (n=25)		
	n	%		n	%	x ²	n	%		n	%	p
Grupos de Sono												
Goodsleepers	28	59,6		19	40,4		22	71,0		9	29,0	
Sintomas de Insónia	54	83,1		11	16,9	10,220	45	78,9		12	21,1	0,855
Insones	40	83,3		8	16,7	0,006	16	80,0		4	20,0	0,652

Nota: n = número de indivíduos; x² = qui-quadrado; p = nível de significância (p<0,05)

Correlações entre as variáveis centrais do estudo

Para analisar a relação entre as dimensões do autocrítico (FSCRS), autocompaixão (SELFCS) e ativação cognitiva e somática (PSAS) no primeiro e segundo momento do estudo, calculou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson*², cujos resultados são apresentados nas Tabela 8, 9 e 10.

A Tabela 8 apresenta as associações entre a autocompaixão e o autocrítico. No primeiro momento do estudo a dimensão Calor/Compreensão da escala da autocompaixão

² Nas correlações *muito baixas*, o r situa-se abaixo de 0,19; nas correlações *baixas*, o r está entre 0,20 e 0,39, enquanto nas correlações *moderadas* o r está entre 0,40 e 0,69, considerando *alta* uma correlação que se situe entre 0,70 e 0,89 (Pestana e Gageiro, 2008).

(SELFCS) apresentou uma correlação estatisticamente significativa negativa (e de magnitude baixa) com o Eu Inadequado ($p = - 0,335$), o Eu Detestado ($p = - 0,220$) e com o FSCRS total ($p = - 0,320$) e uma correlação positiva (e de magnitude moderada) com o Eu tranquilizador ($p = 0,414$). A dimensão Autocrítica e o total da SELFCS tiveram uma correlação negativa (de magnitude moderada) com o Eu Inadequado ($p = - 0,625$; $p = - 0,684$), o Eu Detestado ($p = - 0,414$; $p = - 0,511$) e com o FSCRS total ($p = - 0,598$; $p = - 0,677$), bem como uma correlação positiva (e de magnitude moderada) com o Eu tranquilizador ($p = 0,422$; $p = 0,587$). As dimensões Condição Humana e Sobreidentificação relacionaram-se negativamente (magnitude muito baixa e moderada, respetivamente) com o Eu Inadequado ($p = - 0,164$; $p = - 0,605$) e o FSCRS total ($p = - 0,196$; $p = - 0,578$). Contudo, apresentaram, respetivamente, uma correlação positiva e negativa (de magnitudes baixas) com o Eu Tranquilizador ($p = 0,311$; $p = 0,365$) e o Eu Detestado ($p = - 0,209$; $p = - 0,397$).

A dimensão Isolamento ostentou associações estatisticamente significativas positivas (de magnitude moderada) com o Eu Inadequado ($p = 0,626$) e o Eu Tranquilizador ($p = 0,485$), assim como associações negativas (e de magnitude moderada) com a dimensão Eu Detestado ($p = - 0,495$) e com o total do FSCRS ($p = - 0,631$). A dimensão Mindfulness apresentou uma associação negativa (e de magnitude baixas) com o Eu Inadequado ($p = - 0,399$) e o Eu Detestado ($p = - 0,347$), e de magnitude moderada com o FSCRS total ($p = - 0,414$), bem como uma associação positiva com o Eu Tranquilizador ($p = 0,416$).

No segundo momento, as dimensões Calor/Compreensão, Condição Humana e Mindfulness da escala da autocompaixão (SELFCS) apresentaram uma correlação estatisticamente significativa negativa (e de magnitude baixa) com o Eu Inadequado ($p = - 0,392$; $p = - 0,280$; $p = - 0,353$), o Eu Detestado ($p = - 0,308$; $p = - 0,330$; $p = - 0,314$) e com o total da FSCRS ($p = - 0,396$; $p = - 0,319$; $p = - 0,368$), mas com uma associação positiva (e de magnitude moderada) com o Eu Tranquilizador ($p = 0,634$; $p = 0,414$; $p = 0,643$). A dimensão Autocrítica tem uma correlação negativa com o Eu Inadequado ($p = - 0,725$), o FSCRS total ($p = - 0,717$) (de magnitude alta) e o Eu Detestado ($p = - 0,524$) (de magnitude moderada), assim como uma associação positiva com o Eu Tranquilizador ($p = 0,502$).

Nas dimensões Isolamento e Sobreidentificação, destacaram-se associações estatisticamente significativas negativas (e de magnitude moderada) com as dimensões Eu Inadequado ($p = - 0,676$; $p = - 0,697$), Eu Detestado ($p = - 0,436$; $p = - 0,487$) e o FSCRS total ($p = - 0,652$; $p = - 0,684$), assim como uma correlação positiva com o Eu Tranquilizador ($p = 0,578$; $p = 0,597$). Por último, verificou-se uma correlação negativa e com significância (de magnitude moderada) entre o total da SELFCS e o Eu Inadequado ($p = - 0,696$), o Eu Detestado ($p = - 0,530$) e com o FSCRS total ($p = - 0,697$), bem como uma associação positiva com o Eu Tranquilizador ($p = 0,740$) (de magnitude alta).

Tabela 8**Correlações entre Autocompaixão (SELFCS) e o Autocriticismo (FSCRS)**

	Primeiro momento (n = 160)				Segundo momento (n = 108)			
	Eu Inadeq.	Eu Tranquiliz.	Eu Detestado	FSCRS Total	Eu Inadeq.	Eu Tranquiliz.	Eu Detestado	FSCRS Total
SELFCS								
Calor/Compreensão	- 0,335**	0,414**	- 0,220**	- 0,320**	- 0,392**	0,634**	- 0,308**	- 0,396**
Autocrítica	- 0,625**	0,422**	- 0,414**	- 0,598**	- 0,725**	0,502**	- 0,524**	- 0,717**
Condição Humana	- 0,164*	0,311**	- 0,209**	- 0,196**	- 0,280**	0,414**	- 0,330**	- 0,319**
Isolamento	0,626**	0,485**	- 0,495**	- 0,631**	- 0,676**	0,578**	- 0,436**	- 0,652**
<i>Mindfulness</i>	- 0,399**	0,416**	- 0,347**	- 0,414**	- 0,353**	0,643**	- 0,314**	- 0,368**
Sobreidentificação	- 0,605**	0,365**	- 0,397**	- 0,578**	- 0,697**	0,597**	- 0,487**	- 0,684**
SELFCS-Total	- 0,684**	0,587**	- 0,511**	- 0,677**	- 0,696**	0,740**	- 0,530**	- 0,697**

Correlação de Pearson (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$); Eu Inadeq = Eu inadequado, Eu Tranquiliz = Eu Tranquilizador.

Na Tabela 9 apresentam-se as correlações entre a autocompaixão e ativação cognitiva e somática nos dois momentos do estudo. No primeiro momento, as dimensões Calor/Compreensão e *Mindfulness* da escala da Autocompaixão (SELFCS) apresentaram uma correlação estatisticamente significativa negativa (e de magnitude baixa) com a dimensão Somática ($p = - 0,267$; $p = - 0,328$) e com a PSAS total ($p = - 0,227$; $p = - 0,275$). As dimensões Autocrítica e Sobreidentificação revelaram uma associação estatisticamente significativa negativa com as duas subescalas Cognitiva ($p = - 0,425$; $p = - 0,465$) e Somática ($p = - 0,430$; $p = - 0,433$) e com o total da PSAS ($p = - 0,482$; $p = - 0,506$) (de magnitude moderada). A dimensão Condição Humana encontrou-se apenas significativamente correlacionada de modo negativo com a dimensão Somática da PSAS ($p = - 0,170$) (de magnitude muito baixa). Quanto à dimensão Isolamento, tem uma associação estatisticamente significativa negativa com a PSAS – Cognitiva ($p = - 0,381$) (de magnitude baixa), a PSAS – Somática ($p = - 0,407$) e com a PSAS – total ($p = - 0,445$) (de magnitude moderada). Por último, a SELFCS total revelou uma correlação estatisticamente significativa negativa (e de magnitude moderada) com a PSAS – Cognitiva ($p = - 0,404$), a PSAS – Somática ($p = 0,502$) e com a PSAS total ($p = - 0,513$).

No segundo momento do estudo as dimensões Calor/Compreensão e *Mindfulness* da SELFCS tiveram associações estatisticamente significativas negativas (e de magnitude baixa) com as dimensões Cognitiva ($p = - 0,271$; $p = - 0,203$) e Somática ($p = - 0,309$; $p = - 0,330$), e com a PSAS total ($p = - 0,331$; $p = - 0,301$). A Condição Humana teve apenas uma associação estatisticamente significativa negativa (e de magnitude baixa) com a dimensão Somática ($p = - 0,226$). A Autocrítica, o Isolamento, a Sobreidentificação e a SELFCS total evidenciaram correlações negativas (e de magnitude moderada) com as dimensões Cognitiva ($p = - 0,498$; $p = - 0,515$; $p = - 0,476$; $p = - 0,462$) e Somática ($p = - 0,456$; $p = - 0,407$; $p = - 0,460$; $p = - 0,484$) e a PSAS total ($p = - 0,549$; $p = - 0,533$; $p = - 0,538$; $p = - 0,542$), respetivamente.

Tabela 9**Correlações entre a Autocompaixão (SELFCS) e a Ativação Cognitiva e Somática (PSAS)**

	Primeiro momento (n = 160)			Segundo momento (n = 108)		
	PSAS Cognitiva	PSAS Somática	PSAS total	PSAS Cognitiva	PSAS Somática	PSAS Total
SELFCS:						
Calor/Compreensão	NS (- 0,131)	- 0,267**	- 0,227**	- 0,271**	- 0,309**	- 0,331**
Autocrítica	- 0,425**	- 0,430**	- 0,482**	- 0,498**	- 0,456**	- 0,549**
Condição Humana	NS (- 0,042)	- 0,170*	NS (- 0,122)	NS (- 0,092)	- 0,226*	NS (- 0,177)
Isolamento	- 0,381**	- 0,407**	- 0,445**	- 0,515**	- 0,407**	- 0,533**
Mindfulness	NS (- 0,154)	- 0,328**	- 0,275**	- 0,203*	- 0,330**	- 0,301**
Sobreidentificação	- 0,465**	- 0,433**	- 0,506**	- 0,476**	- 0,460**	- 0,538**
SELFCS-Total	- 0,404**	- 0,502**	- 0,513**	- 0,462**	- 0,484**	- 0,542**

Correlação de *Pearson* (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$); NS = Não Significativo

No primeiro momento do estudo, as dimensões Eu Inadequado e Eu Detestado e o total da FSCRS apresentaram uma associação estatisticamente significativa positiva com a dimensão Somática ($p = 0,471$; $p = 0,502$; $p = 0,525$) e a PSAS total ($p = 0,483$; $p = 0,455$; $p = 0,515$) (de magnitude moderada) e com a dimensão Cognitiva ($p = 0,383$; $p = 0,299$; $p = 0,385$) (de magnitude baixa), respetivamente (Tabela 10). A dimensão Eu Tranquilizador do FSCRS demonstrou uma associação negativa e com significância (de magnitude baixa) com a dimensão Somática ($p = - 0,309$) e com o PSAS total ($p = - 0,258$).

No segundo momento, as dimensões Eu Inadequado, Eu Detestado e o FSCRS total apresentaram uma correlação estatisticamente significativa positiva (e de magnitude moderada) com as dimensões Cognitiva ($p = 0,602$; $p = 0,404$; $p = 0,586$) e Somática ($p = 0,496$; $p = 0,427$; $p = 0,513$) e com a PSAS total ($p = 0,634$; $p = 0,476$; $p = 0,633$). Relativamente à dimensão Eu Tranquilizador do FSCRS, constatou-se uma associação estatisticamente significativa negativa com as dimensões Cognitiva ($p = - 0,302$) (de magnitude baixa), e Somática ($p = - 0,451$) e com a PSAS total ($p = - 0,426$) (de magnitude moderada).

Tabela 10**Correlações entre o Autocriticismo (FSCRS) e a Ativação Cognitiva e Somática (PSAS)**

	Primeiro momento (n = 160)			Segundo momento (n = 108)		
	PSAS Cognitiva	PSAS Somática	PSAS total	PSAS Cognitiva	PSAS Somática	PSAS Total
FSCRS:						
Eu inadequado	0,383**	0,471**	0,483**	0,602**	0,496**	0,634**
Eu tranquilizador	NS (0,143)	- 0,309**	- 0,258**	- 0,302**	- 0,451**	- 0,426**
Eu detestado	0,299**	0,502**	0,455**	0,404**	0,427**	0,476**
FSCRS-Total	0,385**	0,525**	0,515**	0,586**	0,513**	0,633**

Correlação de *Pearson* (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$); NS = Não Significativo

Recorreu-se, novamente, ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* para analisar a relação entre as dimensões da DASS-21 e a ativação cognitiva e somática (PSAS), no primeiro e segundo momentos da investigação, sendo os resultados visíveis na Tabela 11.

No primeiro momento do estudo, as dimensões Depressão e Stresse da DASS-21 apresentaram uma associação estatisticamente significativa positiva (e de magnitude moderada) com as duas dimensões Cognitiva ($p = 0,460$; $p = 0,555$) e Somática ($p = 0,633$; p

= 0,578), e com a PSAS total ($p = 0,619$; $p = 0,639$). A dimensão Ansiedade apresentou uma correlação positiva e com significância com a dimensão Cognitiva ($p = 0,497$), a PSAS total ($p = 0,690$) (de magnitude moderada) e com a dimensão Somática ($p = 0,720$) (de magnitude alta). Quanto ao total da DASS-21, este apresentou uma associação estatisticamente significativa positiva com a dimensão Somática ($p = 0,700$) e PSAS total ($p = 0,709$) (de magnitude alta) e com a dimensão Cognitiva ($p = 0,553$) (de magnitude moderada).

No segundo momento do estudo, as dimensões Depressão, Ansiedade, Stresse e o total da DASS-21 apresentaram correlações estatisticamente significativas positivas (e de magnitude moderada) com as dimensões Cognitiva ($p = 0,416$; $p = 0,520$; $p = 0,486$) e Somática ($p = 0,502$; $p = 0,691$; $p = 0,595$; $p = 0,644$) e, também, com a PSAS total ($p = 0,501$; $p = 0,624$; $p = 0,636$; $p = 0,642$), à exceção da dimensão Depressão que revelou magnitude baixa relativamente à dimensão Cognitiva ($p = 0,381$).

Tabela 11

Correlações entre a DASS-21 e Ativação Cognitiva e Somática (PSAS)

	Primeiro momento (n = 160)			Segundo momento (n = 108)		
	PSAS Cognitiva	PSAS Somática	PSAS Total	PSAS Cognitiva	PSAS Somática	PSAS Total
DASS-21						
Depressão	0,460**	0,633**	0,619**	0,381**	0,502**	0,501**
Ansiedade	0,497**	0,720**	0,690**	0,416**	0,691**	0,624**
Stresse	0,555**	0,578**	0,639**	0,520**	0,595**	0,636**
DASS-21-Total	0,553**	0,700**	0,709**	0,486**	0,644**	0,642**

Correlação de *Spearman* (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

Discussão

Tendo em conta a elevada frequência de jovens com ansiedade aos exames e o carácter perturbador que este fenómeno pode assumir ao despoletar problemas na esfera académica, pessoal e social, achamos que seria oportuno realizar este estudo em dois momentos distintos, sendo que um dos momentos seria em época de exames e o outro em época sem exames, isto com o objetivo de examinar as associações entre as diferentes variáveis em cada um dos momentos separadamente.

Começamos por analisar as associações entre a autocompaixão, o autocrítico e a ativação cognitiva e somática antes de adormecer. O presente estudo identificou correlações estatisticamente significativas entre as diferentes dimensões do autocrítico (FSCRS) e da autocompaixão (SELFCS). Assim sendo, as dimensões da autocompaixão (Calor/compreensão, Autocrítica, Condição Humana, Isolamento, *Mindfulness*, Sobreidentificação) e o total da SELFCS estão negativamente correlacionadas com as dimensões Eu Inadequado e Eu Detestado e positivamente correlacionadas com a dimensão Eu Tranquilizador, no primeiro e segundo momento do estudo. Estes resultados sugerem que os indivíduos que tendem a ser mais compassivos e tolerantes consigo próprios são também

menos autocríticos e punitivos, e é precisamente isso que a compaixão requer, ou seja, tolerância e generosidade com o *eu* perante situações difíceis e fracassadas (Blatt, Quinlan, Pilkonis e Shea, 1995; Gilbert et al., 2004; Neff, 2003a). Estes resultados vão ao encontro da literatura no geral. Por exemplo, Castilho (2011b) no seu estudo também verificou que as dimensões positivas da autocompaixão (Calor/compreensão, Condição Humana, *Mindfulness*) e o total da SELFCS estavam negativamente correlacionadas com as dimensões Eu Inadequado e Eu detestado e positivamente correlacionados com a dimensão Eu Tranquilizador, ao passo que as dimensões negativas (Autocrítica, Isolamento, Sobreidentificação) se encontravam positivamente correlacionadas com o Eu Inadequado e Eu Detestado e negativamente com o Eu Tranquilizador.

Neste estudo, as associações mais expressivas com as dimensões negativas da autocompaixão (Autocrítica, Isolamento e Sobreidentificação) tendem a ocorrer com o Eu Inadequado, e as dimensões positivas (Calor/compreensão, Condição Humana, *Mindfulness*) com o Eu Tranquilizador, tanto no primeiro como no segundo momento do estudo, o que vai ao encontro do referido por Castilho (2011b) e por Neff (2003a, 2003b), que constatou, igualmente, uma correlação significativa negativa entre a autocompaixão e o autocriticismo.

Quanto ao estudo das relações entre a autocompaixão (SELFCS) e a ativação cognitiva e somática antes de adormecer (PSAS) verificou-se que, tanto no primeiro como no segundo momento do estudo, as dimensões Calor/compreensão, Autocrítica, Isolamento, *Mindfulness*, Sobreidentificação e total da SELFCS se correlacionam negativamente com as dimensões Cognitiva, Somática e o total do PSAS, com a exceção das dimensões Calor/compreensão e *Mindfulness* e a dimensão cognitiva da PSAS que não apresentaram resultados estatisticamente significativos no primeiro momento da investigação. A dimensão Condição Humana relaciona-se, no primeiro e segundo momento do estudo, apenas com a dimensão somática da PSAS.

No que concerne ao estudo das relações entre o autocriticismo (FSCRS) e a ativação cognitiva e somática antes de adormecer (PSAS), destacaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre as dimensões Eu Inadequado, Eu Detestado e o total do FSCRS e as dimensões Cognitiva, Somática e o total da PSAS, no primeiro e segundo momento do estudo. Na dimensão Eu Tranquilizador também se constatarem relações estatisticamente significativas, porém negativas, com as dimensões Cognitiva, Somática e o total da PSAS, com a exceção da dimensão cognitiva no primeiro momento que não apresentou resultados estatisticamente significativos. Desta forma, conclui-se que os alunos universitários com níveis elevados de autocriticismo manifestam maior ativação cognitiva e somática antes de adormecer, o que parece apontar para a contribuição do autocriticismo para uma maior ativação cognitiva e somática, o que pode condicionar uma maior probabilidade

de vivência de insónia. Nesta linha, Azevedo e colaboradores (2010), na sua investigação com 321 estudantes universitários (com uma média de idades de 20,2 anos), averiguaram que a ativação cognitiva e somática antes de adormecer se relacionava significativamente com o sono leve, sono de má qualidade, o início do sono, o número de despertares noturnos, a hora de levantar e com a insónia.

Em seguida, analisaram-se as relações entre a Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-21) e a ativação cognitiva e somática antes de adormecer (PSAS), com a depressão, a ansiedade, o stresse e o total da DASS-21 a se correlacionarem positivamente e com significância com as dimensões Cognitiva, Somática e o total da PSAS tanto no primeiro como o segundo momento. Estes resultados são corroborados por Azevedo e colaboradores (2010), que referem que a ativação cognitiva e somática antes de adormecer se relacionou positivamente com a depressão, a ansiedade e o stresse.

Por fim, analisamos as diferenças nas variáveis autocrítico (FSCRS), autocompaixão (SELFCS), ativação cognitiva e somática antes de adormecer (PSAS) e a vivência da insónia (QAS) em função das variáveis sociodemográficas idade e sexo.

A comparação dos grupos etários na variável autocrítico no primeiro momento do estudo mostrou-nos que são os jovens com idades compreendidas entre os 19 e 29 anos que apresentam um autocrítico mais elevado nas dimensões Eu Inadequado, Eu Detestado e no total do FSCRS. O mesmo não se verificou no segundo momento do estudo. Este maior autocrítico no primeiro momento do estudo, conduzido em plena época de exames, pode dever-se aos alunos estarem sobre pressão e, desta forma, vulneráveis à ansiedade e stresse. Esta vivência poderá, então, aumentar a sensação de inadequação do eu perante fracassos e os sentimentos de autoaversão e de respostas destrutivas perante fracassos e, por outro lado, contribuir para a diminuição da capacidade de aceitação e mindfulness, bem como da capacidade de se tranquilizar e de ter compaixão por si mesmo. Estes resultados são convergentes com o estudo de Paiva (2009) sobre ansiedade a exames, onde constatou que o grupo de alunos com ansiedade elevada a exames exibiu valores significativamente elevados de autocrítico negativo (Eu Inadequado e Eu Detestado) e valores mais baixos de aceitação e mindfulness e de capacidade de autotranquilização (Eu-Tranquilizador). No entanto, os adultos (o grupo dos estudantes mais velhos) apresentaram valores mais altos na dimensão Eu Tranquilizador, tanto no primeiro como no segundo momento da investigação. Este resultado vai ao encontro do afirmado por outros autores, que os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos são movidos por estratégias adaptativas face às dificuldades (Gilbert, 2005a, 2010; Gilbert e Procter, 2006), focados na capacidade de se acalmar, tranquilizar e reconfortar.

Perante a adversidade existente ao longo da vida, seja após um evento stressante ou por um evento traumático, observamos que algumas pessoas conseguem mais facilmente ultrapassá-las e outras não. Segundo Beirão (2014), a adversidade pode ajudar a desenvolver a capacidade para lidar com momentos adversos. Esta autora acredita que, ao passar por momentos adversos da vida, se constrói uma capa protetora que permite experienciar menos stresse e, por consequente, menos dificuldades ao lidar com situações futuras. Na mesma linha, Maia (2007) considera que a exposição repetida a situações adversas pode dar origem a oportunidades de desenvolver estratégias adequadas para enfrentar os desafios das situações extremas. Lazarus e DeLongis (1983) apontam claramente que os processos de coping variam com o desenvolvimento da pessoa. Essa variedade ocorre devido a grandes modificações que se processam nas condições de vida, através das experiências vivenciadas pelo indivíduo. Segundo este ponto de vista, não só a experiência de vida e o decorrer da idade são levados em consideração, mas também o significado dos eventos stressantes nos diversos momentos da vida do indivíduo.

Também no que diz respeito ao estudo das diferenças na autocompaixão em função da idade, foram os adultos que apresentaram níveis mais elevados de autocompaixão nos dois momentos do estudo, comparativamente com o grupo de estudantes mais jovens. Assim, no período de exames os adultos apresentaram níveis mais elevados de autocompaixão, nomeadamente nas dimensões Isolamento, *Mindfulness*, Sobreidentificação e no total da SELFCS, comparativamente com os jovens. O mesmo se verificou no período de aulas sem exames, com os adultos a manifestarem níveis mais elevados de autocompaixão, nas dimensões Calor/compreensão, Isolamento, Sobreidentificação e total da SELFCS, do que os jovens. Porém, foram os jovens que apresentaram valores mais altos na dimensão *Mindfulness*. Estes resultados sugerem que os adultos variam no traço de autocompaixão (Neff, 2003a, 2003b; Neff, Kirpatrick e Rude, 2007; Castilho e Pinto-Gouveia, 2011b) e tendem a ser mais compassivos e menos autocríticos, comparativamente com os jovens. Por outro lado, no segundo momento do estudo, os jovens parecem colocar a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada onde as emoções negativas são aceites como são no momento presente (*Mindfulness*), em vez de suprimidas ou evitadas (Neff, 2003a, 2003b).

Relativamente ao estudo da ativação cognitiva e somática antes de adormecer em função da idade, salienta-se que, no período de exames, foram os jovens que manifestaram níveis mais altos de ativação somática antes de adormecer e na escala total (PSAS), quando comparados com os adultos. O mesmo não se verifica no segundo momento do estudo, não existindo resultados estatisticamente significativos quando não havia exames a decorrer. Neste contexto, refira-se Cholz (1994), que diz que a presença de pensamentos intrusivos

recorrentes parece estar relacionada com as dificuldades no sono, nomeadamente com dificuldades no adormecer e com a má qualidade do sono. Ora, sabendo nós que são os sujeitos mais novos da nossa amostra que têm níveis mais elevados de autocrítico e níveis mais baixos de autocompaixão, conjuntamente com as diferenças encontradas nas variáveis entre os dois momentos do estudo (com e sem exames), leva-nos a hipotetizar que os alunos universitários com níveis elevados de autocrítico manifestam maior ativação cognitiva e somática antes de adormecer.

O estudo das diferenças na variável vivência de insónia (QAS) em função da idade permite destacar, apenas em época de exames, que foram os jovens que, em maior proporção, pertencem aos grupos Insones e Sintomas de insónia. Em contraste, na época sem exames, não se verificaram diferenças nas proporções que fossem estatisticamente significativas. Assim sendo, analisando os resultados deste estudo, podemos colocar a hipótese de que os jovens são mais autocríticos e menos autocompassivos durante a época de exames, o que se poderá manifestar numa maior ativação somática antes de adormecer e, consequentemente, em sintomas de insónia e insónia propriamente dita.

Quando analisada a variância do autocrítico em função do sexo, não emergiram diferenças estatisticamente significativas, em nenhum dos dois momentos da investigação, resultados que são apoiados pela literatura (Sá, 2012). No entanto, tanto Castilho e Pinto Gouveia (2010a), num estudo com 263 indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 25 anos, como Santos (2012) no seu estudo com 178 alunos do 3º ciclo do ensino básico e secundário com idades entre 12 e 19 anos, verificaram que o sexo feminino tinha valores mais elevados na dimensão Eu Inadequado, comparativamente com o sexo masculino. Já nas dimensões Eu Detestado e Eu Tranquilizador, também não encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo masculino e feminino. O mesmo verificou Paiva (2009), numa amostra de indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos e Buscher (2012) numa amostra de 455 indivíduos com idades entre os 18 e os 39 anos.

Já no que respeita à análise das diferenças na autocompaixão em função do sexo, verificou-se, nos dois momentos do estudo, que as mulheres têm níveis mais elevados de autocompaixão na dimensão Condição Humana, comparativamente com os homens. Destaca-se, ainda, que no período de aulas sem exames é o sexo masculino que apresenta valores mais altos na dimensão Isolamento, relativamente ao sexo feminino, ainda que com valores apenas tendencialmente significativos. Num sentido semelhante, no estudo de Buscher (2012) anteriormente referido, os homens apresentaram uma pontuação mais elevada do que as mulheres nas dimensões Autocrítica, Sobreidentificação e *Mindfulness*, ao passo que no total de autocompaixão as mulheres pontuam mais do que os homens. Contrariamente, Neff (2003a) no seu estudo, descobriu que as mulheres relataram ter significativamente menos

Autocompaixão do que os homens. Eram as mulheres que apresentavam pontuação mais elevada nas dimensões Autocrítica, Condição Humana, Isolamento e Sobreidentificação, enquanto que os homens exibiam níveis mais altos nas dimensões Calor/Compreensão e *Mindfulness*. Também, Cunha, Xavier e Vitória (2013) num estudo com jovens adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos e Castilho e Pinto Gouveia (2011b) numa amostra de 631 estudantes com uma média de idades de 20,65, verificaram que as raparigas evidenciam valores significativos mais baixos na dimensão *Mindfulness* e valores mais elevados nas dimensões Autocrítica, Isolamento e Sobreidentificação.

Não foram igualmente encontradas diferenças significativas entre os dois sexos tanto no que concerne à ativação cognitiva e somática antes de adormecer, como na vivência de insónia. Em oposição, a literatura tem referido resultados contrários, nomeadamente Rocha, Guerra, Lima e Costa (2000), Souza (2001) e Oliveira, Lima e Spader (2008), que encontraram uma maior prevalência de insónia no sexo feminino.

Em síntese, pode-se concluir neste estudo que os indivíduos adultos tendem a ser mais compassivos e tolerantes consigo próprios e, também, menos autocríticos e punitivos perante situações difíceis e fracassadas. No primeiro momento do estudo, em plena época de exames, os jovens (19-29 anos) são quem mais manifesta níveis elevados de autocríticoismo, ou seja, os jovens são mais autocríticos e menos autocompassivos o que se poderá manifestar numa maior ativação cognitiva e somática antes de adormecer, e consequentemente em sintomas de Insónia e em Insónia. Verifica-se, ainda, que a ativação cognitiva e somática antes de adormecer está relacionada com a depressão, a ansiedade e o stresse. Os nossos dados permitem dizer que quanto maior a autocompaixão nos indivíduos, menores são os níveis de autocríticoismo, de sintomas de ansiedade, depressão e stresse, bem como maior é a competência de autotranquilização.

Conclusão

O nosso estudo, como outros, voltou a fornecer evidências acerca das consequências negativas do autocríticoismo e da falta de autocompaixão para a saúde mental. Deste modo, e tendo em conta as características da população universitária, será importante implementar programas sobre estas temáticas (autocríticoismo e autocompaixão) nas universidades, com o objetivo de desenvolver a capacidade de os alunos se autotranquilizarem, aquando de cenários ativadores do autocríticoismo, focando-se em sentimentos de calor e compreensão pelo *eu*.

Algumas limitações podem ser apontadas a este estudo. Para além das desvantagens inerentes ao uso de instrumentos de autorresposta, a diferença quantitativa ao nível da representatividade dos dois sexos, com prevalência do sexo feminino, poderá também comprometer a generalização destas conclusões. Outra limitação, prende-se com a

inexistência de trabalhos empíricos acerca da relação entre os construtos do nosso estudo, o que dificulta a comparação dos resultados. Contudo, este aspeto denota a pertinência e importância deste estudo. Como futuras linhas de pesquisa, seria pertinente a replicação deste estudo com uma amostra maior, com o objetivo de dar maior consistência aos dados e análises. Poderá ser interessante, no futuro, também, explorar o papel mediador da ativação cognitiva e somática entre o autocrítico e a vivência de insónia.

Apesar das limitações, este estudo foi o primeiro em Portugal a explorar as associações entre os construtos de autocrítico, autocompaixão e ativação cognitiva e somática antes de adormecer e vivência de insónia em alunos universitários, oferecendo dados relevantes sobre o papel que os primeiros construtos têm para a vivência de insónia nesta população particular (estudantil universitária).

Bibliografia

- Allen, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento não publicado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Allen, A., Tavares, J. e Azevedo, H. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 545-552.
- Amaral, V., Castilho, P. M. e Gouveia, J. P. (2010). A contribuição do Auto-Criticismo e da Ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, 52 (2), 271-292.
- Almondes, K. e Araújo, J. (2003). Padrão do Ciclo Sono Vigília e a sua Relação com a Ansiedade em Estudantes Universitários. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 37-47.
- Apóstolo, J. A., Mendes, A. C. e Azevedo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (6), 863-871.
- Azevedo, H., Maia, B.R., Marques, M., Bos, S., Nogueira, V., Soares M. J., Pereira, A. T., Gomes A., Valente, J. e Macedo, A. (2010). *Psychometric properties of the Portuguese version of the Pre-Sleep Arousal Scale*. 20th Congress of the European Sleep Research Society, Lisboa.
- Barnard, L. K. e Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. e Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blatt, S. e Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition. Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C. e Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. e Shea, T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Bulbaltz, W. C. Jr, Brown, F. e Soper B. (2001). Sleep habits and patterns of college students: a preliminary study. *Journal of American College Health*, 50 (3), 131-135.
- Brown, F. C., Bulbaltz, W. C. e Soper, B. (2002). Relationship of sleep Hygiene Awareness, Sleep Hygiene Practices, and Sleep Quality in University Students. *Behavioral Medicine*, 28 (1), 33-38.
- Buscher, T. (2012). *Memórias emocionais, Autocrítico e Alexitimia: que contributo para a Psicopatologia*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocrítico e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Castilho, P. e Pinto Gouveia, J. (2011a). Autocrítico: Estudo de validação da versão portuguesa da escala das formas do autocrítico e autotranquilização (FSCRS) e da escala das funções do autocrítico e autoataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.

- Castilho, P. e Pinto Gouveia, J. (2011b). Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.
- Carskadon, M. A. e Davis, S. S. (1989). Sleep-wake patterns in the high-school-to-college transition: preliminary data. *Sleep Research*, 18, 113.
- Chóliz, M. (1994). Emoción, activación y trastornos del sueño. *Anales de Psicología*, 10, 217-229.
- Cox, B. J., MacPherson, P., Enns, M. e McWilliams, L. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 105-114.
- Cox, B. J., McWilliams, L. A., Enns, M. W. e Clara, I. P. (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 246-253.
- Cunha, M., Xavier, A. e Vitória, A. (2013). Avaliação da autocompaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Autocompaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (2) 2013.
- Dalai Lama. (2001a). *Ethics for the new millenium*. New York: Berkley Publishing Group.
- Dalai Lama. (2001b). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. New York: Little, Brown and Company.
- Dalai Lama e Cutler, H. (2009). *The Art of Happiness*. (10ª ed.). New York: Riverhead Books.
- Davidson, R. J. e Harrington, A. (Eds.). (2002). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. Oxford: University Press.
- Dunkley, D. M. e Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 139-149.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Giesecke, M. E. (1987). The symptom of insomnia in university students. *Journal of the American College Health*, 35, 215-221.
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156.
- Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: Internal ‘social’ conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert and K. Bailey (Eds). *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (118-151). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005a). *Compassion: Conceptualizations, research and use in pshychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005b). Introduction and outline. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 1-6). East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Couselling for Depression*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J. e Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183-200.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. e Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50
- Gilbert, P. e 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.
- Gionnoti, F. (1997). *Sleep patterns and daytime functions in adolescence*. Trabalho apresentado no Contemporary Perspectives on Adolescent Sleep. Califórnia. Acedido a 8, Agosto, em <http://www.websciences.org/adolescentsleep>.
- Goetz, J. (2009). Buddhist conceptions of compassion: Annotated bibliography. Recuperado de Greater Good Science Center, University of California, Berkeley: http://greatergood.berkeley.edu/research/research_compassion_goetz2.html.
- Goleman, D. (2005). *Emoções destrutivas e como dominá-las: Um diálogo científico com o Dalai Lama* (J. Cotter, Trad.). Lisboa: Temas e Debates.
- Groff, J. G. e Mindell, J. A. (1996). Prevalence of sleep disturbances in college students. *Sleep Research*, 25, 248.
- Hanh, T. N. (1997). *Teachings on love*. Berkeley, CA: Parallax Press.
- Hawkins, J. e Shaw, P. (1992). Self-reported sleep quality in college students: a repeated measures approach. *Sleep*, 15 (6), 545-549.
- Henriques, A. (2008). Caracterização do Sono dos Estudantes Universitários do Instituto Superior Técnico. Acedido em 12, Dezembro, 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1039/1/17000_SonoEstudantesIST_PaulaCunhal.pdf

- Hicks, R. A., Mistry, R., Lucero, K., Lee, L. e Pellegrini, R. (1989). The sleep duration and sleep satisfaction of college students: striking changes over the last decade (1978-1988). *Perceptual and Motor Skills*, 68 (3), 806.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M., Baccus, J. R. e Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 297-308.
- Jackson, R. (2004). Karuna (Compassion). In R. Buswell (Ed.), *Encyclopedia of Buddhism* (pp. 419-421). New York: Macmillian reference.
- Johns, M. W., Dudley, H. A. F. e Masterton, J. P. (1976). The sleep habits, personality and academic performance of medical students. *Medical Education*, 10, 158-162.
- Lack, L. C. (1986). Delayed sleep and sleep loss in university students. *Journal of the American College Health*, 35 (5), 105-110.
- Lazarus, R. S. e DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Leahy, R. L. (Ed.) (2005). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. New York: The Guilford Press.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. e Hancock, J. (2007). Self-compassion reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lima, P. F., Medeiros, A. L. e Araújo, J. F. (2002). Sleep-wake pattern of medical students: early versus late class starting time. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35 (11), 1373-1377.
- Lovibond, S.H. e Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation. ISBN 7334-1423-0.
- Oliveira, A., Lima, M. e Spader, M. (2008). *Epidemiologia da insônia em uma população urbana adulta*. Acedido em 12, Fevereiro, 2005, em <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/23358>.
- Maia, A. (2007). Factores preditores de PTSD e critérios de selecção em profissionais de actuação na crise. In L. Sales (Ed.), *Psiquiatria da catástrofe* (p. 263-276). Coimbra: Almedina.
- Machado, E. R. S., Varella, V. B. R. E Andrade, M. M. M. (1998). The influence of study schedules and work on the sleep-wake cycle of college students. *Biological Rhythm Research*, 29 (5), 578-584.
- Manber, R., Pardee, R. E., Bootzin, R. R., Kuo, T., Rider, A. M., Rider, S. P. e Bergstrom, L. (1995). Changing sleep patterns in adolescence. *Sleep Research*, 24, 106.
- Mongrain, M., Vettese, L.C., Shuster, B. e Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect and behavior in relationship of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 230-241.
- Moreno, P. L., Aguado, J. A., Royuela, A. e Macías, J. A. (1996). Influence of examinations in sleep quality of the students in medicine in Valladolid evaluated by PSQI [abstract]. *European Psychiatry*, 11 (Suppl. 4), 392.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. e Dejjattarat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. e Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S. e Kirkpatrick, K. L. (2007). 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., Pisitsungkarn, K. e Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.
- Nicassio P. M., Mendlowitz D. R., Fussell J.J. e Petras, L. (1985). The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the pre-sleep arousal scale. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 263-271.
- Paiva, T. (2008). *Bom Sono, Boa Vida*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Oficina do Livro
- Paiva, M. (2009). *Ansiedade a exames no contexto do ensino secundário: o papel da ansiedade social, autocrítica e competências de Mindfulness e aceitação*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Piló, D. (2013). *Autocrítica, estima corporal e sintomas de perturbação do comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino, praticantes de ballet e andebol*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

- Rent, P. e Pimentel. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel
- Richter, A., Gilbert, P. e McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 82, 171-184.
- Rocha, F., Guerra, H. L. e Lima e Costa, M. F. F. (2000). Padrões de sono e prevalência de insônia na comunidade: resultados do inquérito de saúde de Bambuí. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 7,229-38.
- Roth, T. (2004). Characteristics and Determinants of Normal Sleep. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 8-11
- Sá, C. (2012). *Que processos psicológicos contribuem para a psicopatologia? Relação entre Auto-criticismo, Fusão cognitiva e Evitamento Experiencial*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra - UNIV-FAC-AUTOR, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Salzberg, S. (1997). *Loving kindness: The revolutionary art of happiness*. Boston: Shambala.
- Salovey, P. e Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition & Personality*, 9, 185-211.
- Santos, I. (2012). *Autocompaixão: a sua relação com os estados emocionais negativos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Shapiro, C. M., Press, P. e Weiss, R. (1980). The sleep habits, personality and academic performance of medical students. *Medical Education*, 10, 158-162.
- Souza, J.C. (2001) *Insônia e uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Suga, S., Sato, A., Hasegawa, K., Hisamatu, Y., Hashizume, M. e Tuboi, K. (2003). An examination of sleep situation in collage students of Japan and China [abstract]. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (2), 163-164.
- Thompson, R. e Zuroff, D. (1999). Development of self-criticism in adolescent girls: Roles of maternal dissatisfaction, maternal coldness and insecure attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (2), 197-211.
- Valencia-Flores, M., Castano, V. A., Campos, R. M., Rosenthal, L., Resendiz, M., Vergara, P., Aguilar-Roblero, R., Garcia Ramos, G. e Bliwise, D. L. (1998). The siesta culture concept is not supported by the sleep habits of urban Mexican students. *Journal of Sleep Research*, 7 (1), 21-29.
- Whelton, W. e Greenberg, L. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583-1595 DOI: 10.1016/j.paid.2004.09.024.
- Yang, C. M., Wu, C. H., Hsieh, M. H., Liu, M. H. e Lu, F. H. (2003). Coping with sleep disturbances among young adults: a survey of first-year college students in Taiwan. *Behavioral Medicine*, 29 (3), 133-138.
- Zuroff, D.C., Koestner, R. e Powers, T.A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy & Research*, 18, 367-385.
- Zuroff, D.C., Moskowitz, D.S. e Cote, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behavior and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231-250.