

ADRIANA MAJOR MARQUES

AS RELAÇÕES ENTRE SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E DEPRESSIVA, AUTOCRITICISMO E AUTOCOMPAIXÃO NUMA AMOSTRA CLÍNICA E NÃO CLÍNICA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

COIMBRA, 2019

**AS RELAÇÕES ENTRE SINTOMATOLOGIA
PSICOPATOLÓGICA E DEPRESSIVA, AUTOCRITICISMO E
AUTOCOMPAIXÃO NUMA AMOSTRA CLÍNICA E NÃO
CLÍNICA**

Adriana Major Marques

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica,
Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, setembro de 2019

Agradecimentos

No decorrer desta grande caminhada inúmeras foram as pessoas que estiveram ao meu lado e me apoiaram nos momentos bons e menos bons deste percurso académico.

A todas elas agradeço de todo o coração o carinho demonstrado para que conseguisse chegar ao fim deste ciclo de vida com sucesso.

Quero salientar o meu especial agradecimento ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Santo André, em Leiria, pelo interesse e disponibilidade para a realização do meu estágio curricular em Psicologia Clínica e por me terem permitido realizar a recolha de dados para a presente investigação.

O meu profundo agradecimento ao meu orientador de estágio, Dr.º Manuel Carreira, que sempre demonstrou simpatia e uma enorme disponibilidade em me transmitir os seus conhecimentos.

Agradeço também à minha orientadora de estágio e de dissertação, Professora Doutora Sónia Simões, que ao longo deste percurso ajudou-me sempre de coração cheio.

Um especial e enorme agradecimento aos meus pais, especialmente à minha mãe, por ser quem é, não me esquecendo também da minha irmã que me apoia incondicionalmente em todas as decisões da minha vida.

Um agradecimento gigante à minha amiga de infância que nunca e em momento nenhum me deixou baixar os braços.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao meu namorado e a todos os meus amigos que me acompanharam ao longo desta caminhada, que de forma direta ou indireta contribuíram para o meu sucesso.

Resumo

Atualmente, uma das perturbações psicopatológicas mais prevalentes e que mais afeta a população mundial é a depressão. Um traço importante que pode estar implicado em várias formas de psicopatologia, especialmente a depressão, é o autocrítico. Por outro lado, a autocompaixão atua como um mecanismo de regulação emocional que, ao atenuar as reações negativas a acontecimentos adversos, tem um efeito protetor do desenvolvimento da psicopatologia. Dada a pertinência da temática, o objetivo principal desta investigação foi estudar as relações entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocrítico e autocompaixão, comparando uma amostra clínica e uma amostra não clínica.

A amostra deste estudo foi composta por 121 participantes, 74 sujeitos pertencentes à amostra clínica e 47 à amostra não clínica. Na amostra clínica, 57 participantes são do sexo feminino e 17 do sexo masculino, tendo uma média de idades de 38 anos ($DP = 15,27$). Na amostra não clínica, 35 participantes são do sexo feminino e 12 do sexo masculino, apresentando uma média de idades de 37 anos ($DP = 11,75$). O protocolo de investigação incluiu os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos, Inventário de Depressão de Beck II, Escala das Formas do Auto-Crítico e Auto-Tranquilização e Escala de Auto-Compaixão.

Os principais resultados deste estudo apontaram para a existência de uma associação positiva entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocrítico e autocompaixão, em ambas as amostras, sendo mais expressiva a relação entre a sintomatologia depressiva, o autocrítico e a autocompaixão na amostra clínica. Ao compararmos ambas as amostras verificámos que a amostra clínica pontuou mais índices globais e em toda sintomatologia psicopatológica, nomeadamente na sintomatologia depressiva, bem como nas subescalas eu inadequado, eu detestado, autocrítica, isolamento e sobreidentificação. Por sua vez, fica sugerido que as variáveis consultas de psicologia, idade, situação conjugal e situação profissional podem influenciar o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e depressivos, principalmente na amostra clínica.

Em conclusão, consideramos fundamental existir um investimento no âmbito das Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração em contexto hospitalar, bem como a realização de programas de prevenção da depressão.

Palavras-chave: psicopatologia, depressão, autocrítico, autocompaixão

Abstract

Currently, one of the most prevalent and that most affects psychopathological disorders in the world population is depression. An important trait that may be implicated in various forms of psychopathology, especially depression, is self-criticism. On the other hand, self-compassion acts as a mechanism of emotional regulation which, by attenuating negative reactions to adverse events, has a protective effect on the development of psychopathology. Given the pertinence of the theme, the principal objective of this investigation was to study the relationships between psychopathological and depressive symptoms, self-criticism and self-compassion, comparing a clinical sample and a non-clinical sample.

The sample of this study was composed of 121 participants, 74 subjects from the clinical sample and 47 from the non-clinical sample. In the clinical sample, 57 participants are female and 17 male, with a mean age of 38 years ($SD = 15.27$). In the non-clinical sample, 35 participants are female and 12 male, with a mean age of 37 years ($SD = 11.75$). The investigation protocol included the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, Brief Symptom Inventory, Beck Depression Inventory-II, Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale and Self-Compassion Scale.

The principal results of this study pointed to the existence of a positive association between psychopathological and depressive symptomatology, self-criticism and self-compassion, in both samples, being more expressive the relationship between depressive symptomatology, self-criticism and self-compassion in the clinical sample. By comparing both samples we verified that the clinical sample scored more overall indices and across all psychopathological symptomatology, particularly depressive symptomatology, as well as subscales I inadequate, self-criticism, isolation and overidentification. In turn, it is suggested that the variables psychology consultations, age, marital status and professional status may influence the development of psychopathological and depressive symptoms, especially in the clinical sample.

In conclusion, we consider it fundamental to have an investment in of Third Generation Cognitive Behavioral Psychotherapies in a hospital context, as well as the implementation of depression prevention programs.

Key-words: psychopathology, depression, self-criticism, self-compassion

INTRODUÇÃO

Sintomatologia Psicopatológica e Depressiva

A psicopatologia nasce como um ramo científico relevante na área da psiquiatria (Minkowski, 2005) que trata da natureza essencial da doença mental, bem como das suas causas, mudanças estruturais e funcionais associadas e as suas formas de manifestação (Campbell, 1986). Numa definição mais ampla, a psicopatologia pode ser definida como o conjunto de conhecimentos relativos ao “adoecimento mental” do ser humano (Campbell, 1986). Assim, a psicopatologia tem a importante função de transpor a experiência do sofrimento psíquico para categorias gerais e inteligíveis (Minkowski, 2005). Esta é provavelmente uma das áreas do conhecimento científico em que se nota mais mudanças e avanços relevantes. Hoje em dia os psicólogos clínicos dispõem de mais e melhores ferramentas para lidar com as doenças mentais e comportamentais porque os métodos de pesquisa são mais robustos e eficientes, o que permite ter mais e melhores dados para entender a natureza das várias alterações psicopatológicas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009).

Atualmente, uma das perturbações psicopatológicas mais prevalentes e que mais afeta a população mundial é a **depressão** (Aros & Yoshida, 2009; Belzung, Willner, & Philippot, 2015). Inclusivamente alguns estudos preveem que, até 2020, a depressão seja a segunda maior causa de doença mental (Aros & Yoshida, 2009). A depressão tem um elevado impacto na vida do indivíduo e da família, provocando um clima de forte angústia para o próprio e para quem o rodeia, comprometendo várias áreas do seu funcionamento individual, como por exemplo a nível social e ocupacional (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

Para obtermos um correto diagnóstico de depressão, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014), o indivíduo terá de ter presente um conjunto de sintomas cognitivos, emocionais, motivacionais e físicos, sendo que os sintomas emocionais mais evidentes são: tristeza profunda, desesperança em relação ao futuro, choro fácil e perda de prazer em atividades anteriormente bastante prazerosas. A nível dos sintomas cognitivos surgem pensamentos pessimistas, perda de memória (nomeadamente autobiográfica, inespecífica e difusa, surgindo dificuldades de localização temporal e espacial), perda da capacidade cognitiva para a resolução de problemas do dia-a-dia, sentimentos de culpa em relação a situações vivenciadas e, em casos mais graves, pode surgir ideação suicida ou até mesmo o suicídio. Os

sintomas físicos presentes nesta patologia podem ser fadiga e alterações no apetite e sono (Aros & Yoshida, 2009). A depressão também pode classificar-se em episódio único ou recorrente, de cariz ligeiro, moderado ou grave, podendo ter diferentes características (e.g., angústia ansiosa, mista, entre outras). Relativamente à sua remissão, esta pode ser parcial ou completa (APA, 2014).

Segundo o modelo cognitivo para a depressão desenvolvido por Beck (1963), esta psicopatologia advém de hábitos de pensamentos enrijados e comportamentos negativos que ocorrem desse tipo de pensamentos e crenças distorcidas sobre a realidade, ou seja, a depressão ocorre devido às próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais (Powell et al., 2008). Porém, este tipo de doença ainda se encontra pouco compreendida a nível da sua etiologia, neurologia e sintomatologia, sendo que as manifestações da doença podem variar devido a vários aspetos e/ou fatores que iremos abordar de seguida (Aros & Yoshida, 2009).

Desde longa data que se analisam as prevalências na depressão, nomeadamente as diferenças de género, embora existam algumas divergências entre as diversas investigações. Estudos epidemiológicos concluem que a depressão é duas vezes mais prevalente no sexo feminino do que no masculino, variando consoante as diferentes populações e culturas (Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz, & Tylee, 2002). Outras pesquisas também têm evidenciado que o estado civil por vezes é um forte influenciador para o desenvolvimento de depressão, sendo que a condição de ser solteiro, divorciado ou viúvo para o sexo masculino associa-se a uma menor prevalência da doença. Por outro lado, no sexo feminino ser solteira associa-se a uma menor prevalência de depressão, em comparação a ser casada, divorciada ou viúva (Almeida-Filho et al., 2004). Considerando também o estatuto socioeconómico, Freeman e colaboradores (2016) realizaram um estudo que abrangeu três países da Europa (Finlândia, Polónia e Espanha), cujo objetivo foi explorar a associação entre o estatuto socioeconómico baixo e a depressão. Os resultados indicaram que existe uma relação significativa entre o estatuto socioeconómico baixo e a depressão, em todos os países. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Jo e colaboradores (2011). Outros autores mencionam que as desigualdades nacionais e internacionais no que diz respeito à educação e ao estatuto socioeconómico têm sido determinantes para o desenvolvimento de depressão (Krieger, Williams, & Moss, 1997).

Muitos são os estudos que se debruçam na análise da depressão mas, não obstante, continua a ser necessário efetuarem-se mais pesquisas que contribuam para um conhecimento mais sólido e aprofundado sobre esta temática (Justo & Calil, 2006).

Autocriticismo

Um componente igualmente importante e com vulnerabilidade para o surgimento da psicopatologia é o autocriticismo. O autocriticismo é dirigido para a modo como o indivíduo se relaciona consigo mesmo em situações que falhou ou em experiências de desapontamento pessoal, assumindo uma atitude dura, crítica e penalizadora. Em consequência, o eu descobre erros e falhas, acusa-se e em alguns casos até experimenta sentimentos de ódio para consigo próprio (Castilho, 2010). De acordo com Castilho (2010), o autocriticismo é a relação individual do eu-eu que produz sofrimento, dado que o mesmo funciona como um “sistema interno” que está constantemente a procurar defeitos e falhas, detesta a outra parte que se submete, o que aponta para a existência de uma interação entre os diferentes aspetos do eu (Castilho & Pinto Gouveia, 2011b). Deste modo, compreendemos que o autocriticismo, além de interferir com a relação individual do eu-eu, afeta igualmente as relações familiares e sociais do sujeito, fazendo com que sejam fracas e, por vezes, quase inexistentes (Gilbert, Clarke, Hempel, & Miles, 2004).

Vários autores têm explicado no seus estudos que os indivíduos que na sua infância tiveram experiências de rejeição, desaprovação e crítica, tendem a estabelecer uma vinculação fraca e insegura, desenvolvendo durante a sua vida adulta fortes dúvidas sobre o seu valor pessoal e a sua autoeficácia quando estão perante uma dificuldade, tendo níveis elevados de autocriticismo. Pessoas com este tipo de vinculação e com uma dinâmica de dominância-subordinação têm uma maior vulnerabilidade para desenvolver problemas emocionais e sociais ao longo do desenvolvimento (e.g., comparação social adversa, depressão, entre outros) (Castilho, 2010; Castilho, Pinto-Gouveia, Amaral, & Duarte, 2014; Gilbert, 1993; Xavier, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2015). Neste âmbito, existem diversos estudos que demonstram que adultos com patologias depressivas ou ansiosas descrevem os seus pais com mais atitudes de desaprovação, rejeição e sem disponibilidade (Castilho, 2010).

A literatura documenta que o autocriticismo pode ser referenciado de três formas: *Eu Tranquilizador* em que o indivíduo cuida de si recordando todas as suas capacidades positivas, acabando por desenvolver um afeto pelo seu eu; o *Eu inadequado* que surge com base na autocrítica provocando sentimentos de inferioridade, sendo que o indivíduo não consegue aceitar os seus fracassos; e por último, o *Eu detestado* que se baseia em sentimentos de ódio pelo eu, provocando agressividade (Gilbert et al., 2004).

Assim, podemos compreender que aspetos como o autocriticismo, autoataque e autodesvalorização podem estar implicados em várias formas de psicopatologia, sobretudo devido à forte relação entre o perfeccionismo e a autocrítica (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006), estando a depressão fortemente associada a sentimentos de incapacidade e desvalorização do “eu” (Gilbert et al., 2004, 2006). Blatt e Zuroff (1992) ainda afirmam que o autocriticismo pode despoletar a depressão devido a vinculações fracas e instáveis durante a infância, podendo também surgir outro tipo de problemáticas, nomeadamente o consumo de substâncias, perturbações da personalidade, perturbações alimentares (Blatt e Zuroff, 1992; Castilho, 2010; Pinto-Gouveia, Ferreira, & Duarte, 2012), fobia social, perturbação de stress pós-traumático (Castilho, 2010) e automutilação (Castilho & Pinto-Gouveia, 2013), sugerindo que pode ser um traço de vulnerabilidade transdiagnóstico. Contudo, as diferentes formas de autocrítica (inadequada e odiada) podem dar um contributo específico para determinadas condições psiquiátricas (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015a).

Autocompaixão

Recentemente têm sido estudadas algumas novas variáveis, como é o caso da autocompaixão. Nos últimos anos tem-se assistido a uma forte ligação do pensamento filosófico oriental com a psicologia ocidental, o que tem contribuído para uma maior compreensão da saúde mental e do bem-estar psicológico (Castilho & Gouveia, 2011). A autocompaixão tem sido identificada como uma qualidade da mente humana, sendo fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais e para o desenvolvimento da própria relação interna (Gilbert, 2009).

De acordo com Neff (2003), existem assim duas abordagens de análise da autocompaixão. A primeira abordagem foi a Budista que refere que uma das características básicas é a compreensão do eu, sendo que na visão budista a compaixão seria o desejo que todos os seres vivos se libertassem do seu sofrimento. A psicologia ocidental relaciona a autocompaixão de uma forma mais extensa, sendo uma combinação de motivos, pensamentos, emoções e comportamentos que nos remetem à compreensão do nosso sofrimento e dos outros, tendo com principal objetivo o alívio do mesmo (Castilho & Gouveia, 2011). Realça uma abertura para o sofrimento e intenção de diminuir o próprio sofrimento e o dos outros, dedicando aos outros uma atitude não crítica sobre o seu sofrimento, demonstrando atitudes de paciência e de escuta, para que assim se sinta compreendido e não julgado, aceitando que todos os seres humanos cometem erros. A

autocompaixão é então a demonstração de uma atitude do indivíduo, composta por características de aceitação face aos aspetos negativos do seu *self* ou da sua vida. Desta forma, o conceito de autocompaixão remete-nos para uma abertura ao próprio sofrimento, vivenciando cuidado e compreensão para o eu, detendo uma atitude de observação, curiosidade e nunca uma atitude de julgamento face aos erros ou inadequações que cometemos, reconhecendo que partilhamos experiências humanas em comum (Neff, 2003).

A autocompaixão exige uma atividade mental metacognitiva que possibilita que o indivíduo detenha experiências interrelacionadas do eu e dos outros, reduz assim sentimentos de isolamento e egocentrismo. Também ativa determinados sistemas neuronais, como o da segurança e *soothing* (relacionado com os sentimentos de calma) que estão ligados ao sistema da vinculação e da prestação de cuidados, diminuindo as emoções negativas e os sentimentos relacionados com o isolamento. O indivíduo mantém um estado mental equilibrado, numa perspectiva de abertura face ao eu, sendo recetivo e não avaliativo, deixando evoluir os sentimentos e pensamentos tais como eles surgem na consciência sem tentar alterá-los, eliminá-los ou fazer evitamentos face a estes (Castilho & Gouveia, 2011).

Este conceito é composto por três componentes base: a condição humana, na qual o indivíduo demonstra uma atitude de compreensão das suas experiências ou dificuldades como fazendo parte da condição humana e pela qual toda agente passa; a compreensão ou o calor, característica que remete para a capacidade do indivíduo deter uma atitude compreensiva e afetuosa consigo próprio; e o *mindfulness*, que é composto por um conhecimento equilibrado e uma atitude de aceitação face aos próprios sentimentos dolorosos sem deter uma posição de excessiva sobreidentificação. Estes componentes são interdependentes, significando assim que uma atitude autocompassiva presume bem-estar do eu, detendo estratégias de regulação emocional que permitem olhar para os pensamentos ou sentimentos de uma forma cuidada e compreensiva, transformando assim emoções negativas em emoções positivas (Neff, 2003).

Estudos recentes relatam que a autocompaixão é um traço que varia de indivíduo para indivíduo, influenciando a saúde psicológica, sendo assim um mecanismo de regulação emocional que, ao atenuar as reações negativas a acontecimentos adversos, tem um efeito autoprotetor do desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Neste sentido, indivíduos mais compassivos são menos autocríticos, tendo uma atitude mais tolerante e compreensiva em relação ao eu, um importante preditor em patologias como a depressão e ansiedade. Por outro lado, a autocompaixão

apresenta uma correlação negativa com a depressão, ansiedade, autocriticismo, neuroticismo e supressão de pensamento (Neff, 2003).

Em síntese e ao finalizarmos esta exposição teórica compreendemos que existem associações entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão. Também entendemos que o autocriticismo pode estar implicado em várias formas de psicopatologia, principalmente na depressão, e que a autocompaixão pode ter um efeito protetor nas dificuldades de saúde mental e no desenvolvimento da psicopatologia em populações adultas, ao diminuir as reações negativas a acontecimentos adversos.

Objetivos

O presente trabalho de investigação tem como objetivo principal estudar se existem relações entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão, comparando a amostra clínica e a amostra não clínica.

Também se definiram objetivos específicos, realizando em todos uma comparação entre a amostra clínica e amostra não clínica: 1) Efetuar uma análise descritiva da sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão; 2) Analisar se existem diferenças na sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão em função das duas amostras em estudo; e 3) Analisar se existem diferenças na sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão em função de algumas variáveis, nomeadamente ter frequentado consultas de psicologia, idade, situação conjugal e situação profissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

Na presente investigação, a amostra recolhida foi de cariz clínico e não clínico. Para a recolha da amostra clínica selecionou-se a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, dado que a amostra foi constituída por indivíduos que foram facilmente alcançáveis, porque se encontrarem em determinado local (Fortin, 1999). No entanto, para recolher os dados da amostra não clínica recorreu-se ao uso da plataforma *Google Docs*, sendo recolhida *online*.

Os critérios de inclusão para a população não clínica foram os seguintes: os participantes deterem idade igual ou superior a 18 anos e não terem diagnóstico de depressão (questão colocada

antes do preenchimento do protocolo de investigação). Já para a população clínica, os critérios de inclusão abrangiam: os participantes terem idade igual ou superior a 18 anos e apresentarem diagnóstico de depressão realizado por um médico psiquiatra. Ainda se definiram critérios de exclusão, nomeadamente a participação de indivíduos portadores de algum tipo de deficiência mental ou analfabetismo.

Após a recolha de dados, obteve-se uma amostra total composta por 121 participantes, 74 sujeitos pertencentes à amostra clínica e 47 à amostra não clínica (Tabela 1). Relativamente à amostra clínica verificámos que é maioritariamente do sexo feminino ($n = 57, 77,0\%$), com idades compreendidas entre os 19 e os 79 anos ($M = 37,72; DP = 15,27$), sendo mais comum terem idades entre os 19 e os 30 anos ($n = 33, 44,6\%$). Observámos também que a maioria dos participantes da amostra clínica encontram-se casados ou em união de facto ($n = 38, 51,4\%$). Ainda, 41,9% dos participantes possui o ensino superior ($n = 31$) e mais de metade estão empregados ($n = 44, 59,2\%$).

Quanto à amostra não clínica observámos que, tal como a amostra clínica, é maioritariamente do sexo feminino ($n = 35, 74,5\%$), com idades entre os 19 e os 79 anos ($M = 36,72; DP = 11,75$), sendo mais frequente os participantes apresentarem idades compreendidas entre os 31 e os 48 anos ($n = 25, 53,2\%$). Verificámos que a maioria dos sujeitos da amostra não clínica estão solteiros ($n = 22, 46,8\%$), têm o ensino superior ($n = 29; 61,7\%$) e encontram-se empregados ($n = 33, 70,2\%$).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra clínica e não clínica

	Amostra clínica ($n = 74$)		Amostra não clínica ($n = 47$)	
	<i>n (%)</i>	<i>Medidas descritivas</i>	<i>n (%)</i>	<i>Medidas descritivas</i>
Sexo				
Masculino	17 (23,0)	<i>Mo: Feminino</i>	12 (25,5)	<i>Mo: Feminino</i>
Feminino	57 (77,0)		35 (74,5)	
Idade				
19-30 anos	33 (44,6)	$M = 37,72$	15 (31,9)	$M = 36,72$
31-48 anos	22 (29,7)	$DP = 15,27$	25 (53,2)	$DP = 11,75$
50-79 anos	19 (25,7)	<i>Mo: 19-30 anos</i>	7 (14,9)	<i>Mo: 31-48 anos</i>
Situação conjugal				
Solteiro	27 (36,5)	<i>Mo: Casado/união de facto</i>	22 (46,8)	<i>Mo: Solteiro</i>
Casado/união de facto	38 (51,4)		20 (42,6)	
Divorciado/separado/viúvo	9 (12,2)		5 (10,6)	
Escolaridade				
Ensino básico	25 (33,8)	<i>Mo: Ensino superior</i>	1 (2,1)	<i>Mo: Ensino superior</i>
Ensino secundário	18 (24,3)		17 (36,2)	
Ensino superior	31 (41,9)		29 (61,7)	
Situação profissional				
Empregado	44 (59,2)	<i>Mo: Empregado</i>	33 (70,2)	<i>Mo: Empregado</i>
Desempregado	17 (23,0)		3 (6,4)	
Trabalhador estudante/estudante	13 (17,6)		11 (23,4)	

Nota. n = número de sujeitos da amostra; Mo : moda; M = média; DP = desvio-padrão.

Procedimentos

Inicialmente foi realizado um pedido de autorização à Direção do Hospital Santo André (cf. Apêndice 1), em Leiria, para garantir a exequibilidade da investigação. Deferido o pedido, foi aplicado um protocolo de investigação composto pelos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico (cf. Apêndice 3), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - *Brief Symptom Inventory*; validação portuguesa de Canavarro, 1999) (cf. Anexo 1), Inventário da Depressão de Beck II (BDI-II - *Beck Depression Inventory-II*; validação portuguesa de Ponciano, Cardoso, & Pereira, 2004) (cf. Anexo 2), Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização (FSCRS - *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*; validação portuguesa de Castilho & Pinto Gouveia, 2011a) (cf. Anexo 3) e Escala de Auto-Compaixão (SELFCS – *Self-Compassion Scale*; validação portuguesa de Castilho & Pinto Gouveia, 2011b) (cf. Anexo 4).

Para uma autorização fidedigna da recolha dos dados foi solicitado aos participantes que assinassem um consentimento informado (cf. Apêndice 2), que explicou os objetivos do estudo, salvaguardando igualmente a confidencialidade e anonimato dos dados. Esta recolha foi realizada entre janeiro e maio de 2019.

Contudo, para a recolha dos dados da amostra não clínica recorreu-se ao uso da plataforma *Google Docs*, salientando-se no consentimento informado que a participação no estudo dependeria se não existisse um diagnóstico de depressão. Assim, só foram considerados como válidos os protocolos preenchidos por sujeitos que não tivessem um diagnóstico de depressão. O protocolo de investigação aplicado a esta amostra foi o mesmo que o da amostra clínica, à exceção de algumas questões do Questionário Sociodemográfico que foram dirigidas especificamente para a amostra clínica.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi realizado em específico para este estudo, tendo incluído 16 questões. O principal objetivo foi obter informação referente aos dados pessoais, familiares, de saúde e de suporte social de ambas as amostras (sexo, idade, situação conjugal, nível de escolaridade, situação profissional, profissão, com quem vive atualmente, número de elementos do agregado familiar, se sofre de alguma doença física, em que grau é que a afeta, se sofre de alguma doença

mental/emocional e qual, acontecimentos causadores das suas dificuldades emocionais, se é seguido em consultas de psicologia e há quanto tempo).

As seguintes questões foram direcionadas para a amostra clínica: há quanto tempo sente que precisa de ajuda psicológica de um profissional, se toma algum psicofármaco e há quanto tempo, sente que tem o apoio dos seus familiares e/ou amigos na sua doença, e sente que as pessoas importantes da sua vida compreendem as suas dificuldades psicológicas.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1993; validação portuguesa de Canavarro, 1999)

O BSI é um inventário composto por 53 itens que avaliam nove dimensões de sintomatologia psicopatológica: somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), obsessões-compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), sensibilidade interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), ansiedade fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47), ideação paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma dimensão, no entanto são importantes do ponto de vista clínico e, por esse motivo, são incluídos nas cotações dos índices globais. Os três índices possibilitam a avaliação da perturbação emocional: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP). Os participantes respondem ao inventário através de uma escala tipo *likert* de cinco pontos, que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes). Para obter as pontuações das nove dimensões efetua-se o somatório dos valores de cada item correspondentes a cada dimensão, dividindo pelo número de itens da dimensão correspondente. O valor do ISP é particularmente importante, uma vez que é considerado um indicador de risco de sintomatologia psicopatológica, tendo o ponto de corte de 1,7. Quando os sujeitos ascendem o ponto corte alerta-nos para a possibilidade de poderem sofrer de perturbação psicopatológica (Canavarro, 1999).

A versão portuguesa deste instrumento (Canavarro, 1999) indicou valores de consistência interna adequados para as nove dimensões, apresentando valores de alfa de Cronbach entre 0,62 e 0,80. Na presente investigação os alfas de Cronbach obtidos foram 0,88 na somatização; 0,91 nas obsessões-compulsões; 0,89 na sensibilidade interpessoal; 0,91 na depressão; 0,88 na ansiedade; 0,85 na hostilidade; 0,84 na ansiedade fóbica; 0,85 na ideação paranoide e 0,85 no psicoticismo, valores que refletem uma consistência interna muito boa.

Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II - Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer, & Brown, 1993; validação portuguesa de Ponciano, Cardoso, & Pereira, 2004)

O BDI-II é um instrumento muito usado para avaliar a presença de sintomatologia depressiva, podendo ser administrado a indivíduos a partir dos 13 anos de idade. É constituído por 21 categorias de sintomas e atitudes. Cada categoria possui um grupo que abrange as manifestações existentes nas diversas intensidades do quadro clínico depressivo, sendo composta por quatro frases, com valores que variam de 0 a 3 pontos (à exceção dos itens 16 e 18 com sete frases, no entanto, mantém-se a mesma pontuação de 0 a 3) (Ponciano et al., 2004). Aquando o preenchimento, o indivíduo deve selecionar a frase que melhor define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas, incluindo o dia que preenche o questionário. Onze dimensões do questionário relacionam-se com aspetos cognitivos, cinco com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais. Relativamente à pontuação total do questionário, esta situa-se entre 0 e 63 pontos, considerando-se que uma pontuação entre 0 e 9 é indicador de depressão mínima (ausência de depressão), entre 10 e 16 é indicador de depressão ligeira, entre 17 e 29 é indicador de uma depressão moderada, e entre 30 e 63 é indicador de depressão grave ou severa (Ponciano et al., 2004).

Quanto ao estudo psicométrico da versão portuguesa do BDI-II, os autores mencionam que deste estudo resultou um alfa de Cronbach de 0,93, o que revela uma excelente consistência interna (Ponciano, et al., 2004). Na presente investigação, o valor de alfa de Cronbach obtido foi de 0,93, exatamente igual ao da versão portuguesa, sendo considerado muito bom.

Escala de Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS - Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; validação Portuguesa de Pinto Gouveia & Castilho, 2011a)

A presente escala tem como objetivo avaliar a forma como os indivíduos se autocriticam e autotranquilizam perante determinadas situações de erro ou fracasso, tendo por base a relação com o *Eu* não gostado e o seu desejo de magoar ou perseguir o *Eu*. É composta por 22 itens que estão devidamente organizados em três subescalas: *Eu Inadequado*, que é responsável por avaliar a inadequação do sujeito perante os obstáculos, erros ou fracassos da vida (itens 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20), *Eu Tranquilizador*, que avalia a forma positiva, calorosa e de compaixão do *Eu* (itens 3,

5, 8, 11, 13, 16, 19, 21); e Eu Detestado, que tem como finalidade avaliar a resposta mais destrutiva do sujeito, sendo que esta subescala é desenvolvida com base na autorrepugnância e aversão (itens 9, 10, 12, 15, 22). Trata-se de uma escala tipo likert de cinco pontos que variam desde 0 (não sou assim) a 4 (sou extremamente assim) (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Para obter as pontuações das subescalas deve somar-se os valores de cada item correspondentes a cada subescala. Importa salientar ainda que quanto maior a pontuação, maior o autocriticismo.

No que diz respeito às características psicométricas, verificamos que na versão portuguesa o valor da consistência interna da subescala Eu Inadequado foi de 0,89; na subescala do Eu Tranquilizador 0,87 e na subescala Eu Detestado 0,62. Embora a subescala Eu Detestado apresente um valor de alfa de Cronbach mais baixo, de modo geral as subescalas da FSCRS revelam uma boa consistência interna (Castilho & Gouveia, 2011). No nosso estudo também efetuámos uma análise psicométrica, onde verificámos que a subescala Eu Inadequado apresentou um valor de 0,86; a subescala do Eu Tranquilizador 0,88 e a subescala Eu Detestado 0,71. Todas as subescalas e apresentam uma consistência interna que varia entre bom e muito bom.

Escala de Auto-Compaixão (SELFCS - Self-Compassion Scale; validação portuguesa de Castilho & Pinto Gouveia, 2011b)

A SELFCS é uma escala de autorresposta que foi concebida para avaliar a autocompaixão, ou seja, a atitude compassiva em relação ao próprio. É composta por 26 itens que estão divididos por 6 subescalas: *calor/compreensão* (itens 5, 12, 19, 23, 26); *autocrítica* (itens 1, 8, 11, 16, 21); *condição humana* (itens 3, 7, 10, 15); *isolamento* (itens 4, 13, 18, 25); *mindfulness* (itens 9, 14, 17, 22) e *sobreidentificação* (itens 2, 6, 20, 24). O seu formato de resposta é de tipo *likert*, composta por 5 pontos, desde o 1 (quase nunca) até ao 5 (quase sempre), sendo que uma pontuação mais elevada significa que o indivíduo tem um alto nível de autocompaixão. No que concerne à cotação deste questionário, esta pode ser efetuada de duas formas: ao nível da escala global (autocompaixão) ou ao nível das subescalas, calculando-se a média dos resultados dos itens que as constituem. No entanto, importa ter o cuidado de inverter previamente os itens (1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25) das subescalas negativas (isolamento, autocrítica e sobreidentificação). Para uma interpretação mais prática dos resultados deve-se usar-se a média da escala total, podendo assim dar-se uma classificação 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) (Neff, 2003).

No estudo psicométrico da versão portuguesa da SELFCS os valores de alfa de Cronbach são os seguintes: 0,84 para a subescala calor/compreensão; 0,82 para a subescala autocrítica; 0,77 para a subescala condição humana; 0,75 para a subescala isolamento; 0,73 para a subescala *mindfulness* e 0,78 para a subescala sobreidentificação, demonstrando uma boa consistência interna (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Na presente investigação também calculámos a consistência interna da escala, na qual confirmámos que os alfas das subescalas e do total apresentaram valores muito bons, nomeadamente 0,88 para o calor/compreensão; 0,85 para a autocrítica; 0,86 para a condição humana; 0,83 para o isolamento; 0,80 para o *mindfulness*; 0,84 para a sobreidentificação e 0,89 para o total da autocompaixão.

Análise Estatística

Para realizar a análise estatística desta investigação utilizámos o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0.

Primeiramente, calculámos o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para analisar a distribuição da normalidade da amostra, verificando-se que as principais variáveis em estudo apresentaram uma distribuição não normal. No entanto, os coeficientes de Assimetria e Curtose demonstraram que as variáveis não revelam valores que apontem para a presença de violações na distribuição da amostra. Assim, e uma vez que a amostra apresenta um n superior a 30, iremos efetuar testes paramétricos (Pestana & Gajreiro, 2014). Importa ainda referir que este é um estudo comparativo (amostra clínica e amostra não clínica) e alguns grupos sujeitos a comparação serão reduzidos, por isso mesmo também iremos recorrer nessas análises a testes não paramétricos.

Antes de avançar com as análises foi necessário recodificar algumas variáveis de forma a facilitar as mesmas (idade, situação conjugal, escolaridade, situação profissão e ISP). De seguida, procedemos ao cálculo de frequências absolutas e percentuais para caracterizar a nossa amostra (clínica e não clínica), assim como de estatísticas descritivas das dimensões e totais dos instrumentos, que incluíram as medidas de tendência central e medidas de dispersão. No que diz respeito aos valores de alfa de Cronbach, estes foram interpretados de acordo com os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7 considera-se aceitável; entre 0,7 e 0,8 considera-se bom; entre 0,8 e 0,9 considera-se muito bom.

Também determinámos o teste *t* de *Student* para amostras independentes para analisar as diferenças entre os grupos (amostra clínica e não clínica), utilizando o valor do ISP para determinar o ponto de corte entre os dois grupos considerados. Ainda realizámos o teste *U* de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis* com o objetivo de analisar se há de diferenças na sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão, em ambas as amostras, em função das variáveis consultas de psicologia, idade, situação conjugal e situação profissional. Por fim, calculámos o coeficiente de correlação de Pearson para explorar as relações entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão, comparando ambas as amostras. Os critérios de Pestana e Gageiro (2014) foram utilizados para classificar a magnitude das correlações (nas correlações muito baixas o *r* situa-se abaixo de 0,19; nas correlações baixas o *r* está entre 0,20 e 0,39; nas correlações moderadas o *r* está entre 0,40 e 0,69 e nas correlações altas o *r* situa-se entre 0,70 e 0,89).

Resultados

Iniciamos a apresentação dos resultados estatísticos com a análise descritiva dos instrumentos: BSI (sintomatologia psicopatológica), BDI-II (sintomatologia depressiva), FSCRS (autocriticismo) e SELFCS (autocompaixão).

No que diz respeito à sintomatologia psicopatológica, verificou-se que o Índice de Sintomas Positivos (ISP = 2,01) na amostra clínica se situa acima do ponto de corte de 1,7, comparativamente ao valor de ISP = 1,58 obtido na amostra não clínica. Na amostra clínica a dimensão que mais se destacou, pela sua pontuação média elevada, foi as obsessões-compulsões ($M = 1,75$; $DP = 1,01$). Já na amostra não clínica existem duas dimensões que se evidenciam com pontuações mais elevadas, a ansiedade ($M = 1,03$; $DP = 0,96$) e as obsessões-compulsões ($M = 1,02$; $DP = 1,00$), mas mesmo assim estes valores são claramente mais baixos do que os obtidos na amostra clínica.

Em relação à pontuação total do BDI-II, a amostra clínica apresentou valores mais elevados ($M = 19,70$; $DP = 13,19$), sendo indicador de depressão moderada. Já os valores do BDI-II da amostra não clínica previsivelmente foram mais baixos ($M = 11,72$; $DP = 11,88$), sendo indicador de depressão ligeira.

No autocriticismo, os resultados da amostra clínica mostraram que a subescala eu inadequado ($M = 18,92$; $DP = 8,24$) revelou um valor médio mais elevado, enquanto na amostra

não clínica verificámos que os participantes apresentaram valores médios mais elevados na subescala eu tranquilizador ($M = 15,45$; $DP = 9,52$). Relativamente aos dados referentes à autocompaixão, na amostra clínica, identificámos uma subescala que se evidenciou pela pontuação média mais elevada, a sobreidentificação ($M = 2,95$; $DP = 1,04$). Por sua vez, a amostra não clínica apresentou um valor médio superior na subescala *mindfulness* ($M = 2,59$; $DP = 1,06$).

Também realizámos uma análise de diferenças do BSI, BDI-II, FSCRS e a SELFCS em função das duas amostras em estudo (usando o ISP cujo ponto de corte é de 1,7), tendo-se recorrido ao teste *t* de *Student* para amostras independentes.

Os resultados mostram que a maioria das variáveis apresentou diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Assim, como seria de esperar com base nos critérios de diferenciação destes dois grupos (amostra clínica e não clínica), encontramos diferenças significativas nas dimensões somatização ($p = 0,00$; $M = 1,26$; $DP = 0,97$), obsessões-compulsões ($p = 0,00$; $M = 1,75$; $DP = 0,82$), sensibilidade interpessoal ($p = 0,00$; $M = 1,49$; $DP = 1,11$), depressão ($p = 0,00$; $M = 1,51$; $DP = 1,08$), ansiedade ($p = 0,00$; $M = 1,50$; $DP = 1,00$), hostilidade ($p = 0,00$; $M = 1,38$; $DP = 0,93$), ansiedade fóbica ($p = 0,00$; $M = 0,92$; $DP = 1,01$), ideação paranóide ($p = 0,00$; $M = 1,58$; $DP = 1,08$), psicoticismo ($p = 0,00$; $M = 1,23$; $DP = 1,08$), IGS ($p = 0,00$; $M = 1,41$; $DP = 0,88$), TSP ($p = 0,00$; $M = 34,01$; $DP = 14,26$), ISP ($p = 0,00$; $M = 2,01$; $DP = 0,67$) e BDI-II total ($p = 0,00$; $M = 19,70$; $DP = 13,19$). Também foram encontradas diferenças nas dimensões eu inadequado ($p = 0,00$; $M = 18,92$; $DP = 8,24$), eu detestado ($p = 0,02$; $M = 6,78$; $DP = 4,02$), autocrítica ($p = 0,00$; $M = 2,78$; $DP = 1,06$), isolamento ($p = 0,00$; $M = 2,88$; $DP = 1,12$), calor/compreensão ($p = 0,00$; $M = 2,48$; $DP = 1,00$), sobreidentificação ($p = 0,00$; $M = 2,95$; $DP = 1,04$) e SELFCS total ($p = 0,00$; $M = 2,75$; $DP = 0,60$). Deste modo, foi na amostra clínica que se observaram as pontuações médias mais elevadas, comparando com a amostra não clínica (Tabela 2).

Tabela 2

Análise descritiva e de diferenças no BSI, BDI-II, FSCRS e SELFCS em função das duas amostras

	Amostra clínica (n = 74)		Amostra não clínica (n = 47)		t	p
	Intervalo (min e max)	M (DP)	Intervalo (min e max)	M (DP)		
BSI						
Somatização	0 – 3,86	1,26 (0,97)	0 – 3,43	0,70 (0,80)	-9,10	0,00**
Obsessões-compulsões	0 – 3,83	1,75 (1,01)	0 – 3,76	1,02 (1,00)	-12,37	0,00**
Sensibilidade interpessoal	0 – 4	1,49 (1,11)	0 – 4	0,97 (0,98)	-10,05	0,00**
Depressão	0 – 4	1,51 (1,08)	0 – 4	0,96 (1,04)	-11,28	0,00**
Ansiedade	0 – 4	1,50 (1,00)	0 – 3,83	1,03 (0,96)	-10,19	0,00**
Hostilidade	0 – 4	1,38 (0,93)	0 – 4	0,85 (0,91)	-9,15	0,00**
Ansiedade fóbica	0 – 4	0,92 (1,01)	0 – 2,20	0,49 (0,61)	-7,68	0,00**
Ideação paranoide	0 – 4	1,58 (1,08)	0 – 3,40	0,99 (0,87)	-8,93	0,00**
Psicoticismo	0 – 4	1,23 (1,08)	0 – 3	0,68 (0,73)	-10,64	0,00**
IGS	0,02 – 3,89	1,41 (0,88)	0 – 2,72	0,86 (0,78)	-13,02	0,00**
TSP	1 – 53	34,01 (14,26)	1 – 53	25,15 (16,45)	-9,89	0,00**
ISP	1 – 3,89	2,01 (0,67)	1 – 3,06	1,58 (0,61)	-15,88	0,00**
BDI-II total	0 – 54	19,70 (13,19)	0 – 44	11,72 (11,88)	-11,80	0,00**
FSCRS						
Eu inadequado	0 – 35	18,92 (8,24)	0 – 33	12,19 (7,52)	-9,27	0,00**
Eu tranquilizador	2 – 30	13,16 (6,87)	1 – 31	15,45 (9,52)	-0,54	0,59
Eu detestado	0 – 17	6,78 (4,02)	0 – 16	3,34 (3,49)	-3,12	0,02*
SELFCS						
Autocrítica	1 – 5	2,78 (1,06)	1 – 4	2,16 (0,86)	-7,78	0,00**
Condição humana	1 – 5	2,89 (1,00)	1 – 5	2,54 (1,05)	0,12	0,90
Isolamento	1 – 5	2,88 (1,12)	1 – 4,25	2,11 (0,82)	-7,87	0,00**
Calor/compreensão	1 – 5	2,48 (1,00)	1 – 4,80	2,43 (0,98)	2,03	0,04*
Mindfulness	1 – 5	2,61 (0,88)	1 – 4,75	2,59 (1,06)	0,89	0,37
Sobreidentificação	1 – 5	2,95 (1,04)	1 – 4,50	2,27 (0,98)	-7,25	0,00**
SELFCS total	1,12 – 4,31	2,75 (0,60)	1 – 3,54	2,34 (0,66)	-4,42	0,00**

Nota. n = número de sujeitos da amostra; M = média; DP = desvio-padrão; t = teste t de Student para amostras independentes; p = nível de significância estatística (**p < 0,01; *p < 0,05); Obsessões-comp: obsessões-compulsões; Sensibilidade interp: sensibilidade interpessoal; IGS: Índice geral de sintomas; TSP: Total de Sintomas Positivos; ISP: Índice de Sintomas Positivos.

Para analisar as diferenças no BSI, BDI-II, FSCRS e a SELFCS em função dos participantes terem ou não consultas de psicologia, efetuámos um teste U de Mann-Whitney (Tabela 3).

Os resultados demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas, na amostra clínica, concretamente a somatização (p = 0,00; M = 1,58), obsessões-compulsões (p = 0,00; M = 2,09), sensibilidade interpessoal (p = 0,01; M = 1,73), depressão (p = 0,00; M = 1,85), ansiedade (p = 0,00; M = 1,77), hostilidade (p = 0,04; M = 1,52), ansiedade fóbica (p = 0,01; M = 1,17), ideação paranoide (p = 0,01; M = 1,84), psicoticismo (p = 0,00; M = 1,53), IGS (p = 0,00; M = 1,69), TSP (p = 0,00; M = 38,18) e ISP (p = 0,00; M = 2,25), bem como no BDI-II total (p = 0,00; M = 25,82). Em todas as dimensões mencionadas anteriormente é o grupo “sim”, ou seja, os participantes que frequentam as consultas de psicologia que apresentaram as pontuações médias mais elevadas.

Na subescala eu inadequado também há diferenças estatisticamente significativas, verificando-se valores médios superiores nos sujeitos que frequentam as consultas, tanto na

amostra clínica ($p = 0,00$; $M = 21,53$), como na não clínica ($p = 0,02$; $M = 20,40$). Ao compararmos os resultados, observámos que os da amostra não clínica foram mais baixos. A subescala eu tranquilizador ($p = 0,00$; $M = 15,18$), na amostra clínica, revelou diferenças significativas, na qual os participantes que vão às consultas de psicologia apresentaram novamente resultados médios mais altos. Na amostra não clínica ainda observámos que a subescala eu detestado ($p = 0,04$; $M = 6,20$) evidenciou diferenças significativas, onde os sujeitos que frequentam as consultas de psicologia obtiveram os valores médios mais elevados.

Na amostra clínica, as subescalas autocrítica ($p = 0,00$; $M = 3,05$), isolamento ($p = 0,01$; $M = 3,15$) e sobreidentificação ($p = 0,04$; $M = 3,16$) apresentaram igualmente diferenças significativas entre grupos, nas quais o grupo de sujeitos que frequentam as consultas de psicologia obtiveram as pontuações médias mais elevadas.

Tabela 3

Análise de diferenças no BSI, BDI-II, FSCRS e SELFCS em função das consultas de psicologia

	Amostra clínica		Amostra não clínica		Consultas de psicologia			
	Não ($n = 29$)	Sim ($n = 45$)			Não ($n = 42$)	Sim ($n = 5$)		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
BSI								
Somatização	0,77	1,58	313,50	0,00**	0,66	1,00	90,50	0,62
Obsessões-comp	1,22	2,09	339,00	0,00**	0,98	1,33	80,00	0,40
Sensibilidade interp	1,11	1,73	439,00	0,01**	0,92	1,35	70,00	0,24
Depressão	1,00	1,85	355,00	0,00**	0,88	1,56	63,50	0,15
Ansiedade	1,08	1,77	393,00	0,00*	1,00	1,23	87,00	0,55
Hostilidade	1,15	1,52	468,00	0,04*	0,86	0,84	90,00	0,62
Ansiedade fóbica	0,54	1,17	434,50	0,01**	0,46	0,76	84,00	0,49
Ideação paranóide	1,19	1,84	436,50	0,01**	0,97	1,12	92,50	0,67
Psicoticismo	0,75	1,53	368,50	0,00**	0,66	0,88	102,50	0,93
IGS	0,97	1,69	333,00	0,00**	0,82	1,14	81,50	0,42
TSP	27,55	38,18	389,50	0,00**	24,48	30,80	81,50	0,42
ISP	1,63	2,25	294,50	0,00**	1,55	1,74	84,00	0,53
BDI-II total	10,21	25,82	204,00	0,00**	10,98	18,00	77,50	0,35
FSCRS								
Eu inadequado	14,86	21,53	340,00	0,00**	11,21	20,40	40,50	0,02*
Eu tranquilizador	10,03	15,18	380,00	0,00**	15,55	14,60	100,50	0,88
Eu detestado	7,07	6,60	590,00	0,48	3,00	6,20	48,50	0,04*
SELFCS								
Autocrítica	2,36	3,05	416,00	0,00**	2,17	2,12	98,00	0,82
Condição humana	2,89	2,90	636,00	0,85	2,51	2,75	100,00	0,88
Isolamento	2,46	3,15	420,50	0,01**	2,05	2,55	76,00	0,33
Calor/compreensão	2,62	2,38	516,50	0,13	2,43	2,44	98,50	0,82
<i>Mindfulness</i>	2,61	2,62	619,50	0,71	2,59	2,55	98,50	0,82
Sobreidentificação	2,62	3,16	469,00	0,04*	2,21	2,75	74,00	0,30
SELFCS total	2,59	2,86	582,50	0,43	2,32	2,50	91,00	0,65

Nota. n = número de sujeitos da amostra; M = média; U = teste U de Mann-Whitney; p = nível de significância estatística (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$); Obsessões-comp: obsessões-compulsões; Sensibilidade interp: sensibilidade interpessoal; IGS: Índice geral de sintomas; TSP: Total de Sintomas Positivos; ISP: Índice de Sintomas Positivos.

Na Tabela 4 apresentamos a análise de diferenças do BSI, BDI-II, FSCRS e da SELFCS em função da idade dos participantes, tendo-se realizado o teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados indicaram que, na amostra clínica, existem diferenças significativas na dimensão somatização ($p = 0,00$; $M = 1,91$), BDI-II total ($p = 0,00$; $M = 27,21$) e subescala calor/compreensão ($p = 0,02$; $M = 2,81$), onde os indivíduos pertencentes ao grupo etário 50-79 anos apresentaram as pontuações médias mais elevadas comparativamente aos outros grupos. Ainda observámos que tanto na amostra clínica ($p = 0,00$; $M = 3,21$), como na não clínica ($p = 0,01$; $M = 2,53$) existem diferenças significativas na subescala *mindfulness*, na qual os sujeitos pertencentes ao grupo etário 50-79 anos revelaram os valores médios mais elevados, comparando com os outros grupos etários.

Tabela 4

Análise de diferenças no BSI, BDI-II, FSCRS e SELFCS em função da idade

	Amostra clínica			Amostra não clínica						
				Idade						
	19-30 anos ($n=33$)	31-48 anos ($n=22$)	50-79 anos ($n=19$)	<i>H</i>	<i>p</i>	19-30 anos ($n=15$)	31-48 anos ($n=25$)	50-79 anos ($n=7$)	<i>H</i>	<i>p</i>
BSI	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>			<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>		
Somatização	0,87	1,29	1,91	13,57	0,00**	0,62	0,71	0,81	0,83	0,66
Obsessões-comp	1,47	1,75	2,21	5,97	0,05	0,66	1,02	1,76	5,92	0,05
Sensibilidade interp	1,47	1,39	1,63	0,83	0,65	0,75	0,95	1,53	1,51	0,46
Depressão	1,25	1,53	1,25	4,32	0,11	0,71	0,96	1,47	1,17	0,55
Ansiedade	1,33	1,55	1,96	2,06	0,35	0,76	1,09	1,38	3,92	0,14
Hostilidade	1,40	1,53	1,15	1,21	0,54	0,62	0,88	1,28	4,69	0,09
Ansiedade fóbica	0,75	1,01	1,13	3,24	0,19	0,53	0,40	0,77	2,40	0,30
Ideação paranóide	1,51	1,52	1,78	0,75	0,68	0,82	0,96	1,42	2,62	0,27
Psicoticismo	1,07	1,40	1,30	1,46	0,48	0,52	0,72	0,94	2,40	0,30
IGS	1,22	1,45	1,67	3,18	0,20	0,67	0,86	1,26	3,07	0,21
TSP	31,27	35,09	37,53	2,15	0,32	20,13	25,24	35,57	4,38	0,11
ISP	1,86	2,00	2,27	4,42	0,10	1,49	1,59	1,71	0,68	0,70
BDI-II total	14,33	21,27	27,21	12,65	0,00**	8,13	12,24	17,57	2,05	0,35
FSCRS										
Eu inadequado	19,36	18,00	19,21	0,28	0,86	13,67	11,32	12,14	1,09	0,57
Eu tranquilizador	12,79	11,45	15,79	3,55	0,16	18,60	15,28	9,29	4,74	0,09
Eu detestado	7,45	6,23	6,26	2,23	0,32	3,53	2,76	5,00	3,88	0,14
SELFCS										
Autocrítica	2,79	2,79	2,75	0,11	0,94	1,81	2,37	2,17	4,97	0,08
Condição humana	2,91	2,53	3,38	5,04	0,08	2,06	2,84	2,50	6,00	0,05
Isolamento	2,76	3,04	2,89	0,70	0,70	1,75	2,31	2,17	3,89	0,14
Calor/compreensão	2,60	2,00	2,81	7,15	0,02*	2,08	2,60	2,57	3,63	0,16
<i>Mindfulness</i>	2,57	2,17	3,21	12,12	0,00**	1,96	2,98	2,53	9,25	0,01**
Sobreidentificação	3,00	2,98	2,84	0,48	0,78	2,00	2,44	2,25	1,91	0,38
SELFCS total	2,77	2,57	2,95	3,79	0,15	1,94	2,58	2,36	5,55	0,06

Nota. n = número de sujeitos da amostra; M = média; H = teste de *Kruskal-Wallis*; p = nível de significância estatística (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$); Obsessões-comp: obsessões-compulsões; Sensibilidade interp: sensibilidade interpessoal; IGS: Índice geral de sintomas; TSP: Total de Sintomas Positivos; ISP: Índice de Sintomas Positivos.

De seguida, na Tabela 5 apresentamos a análise de diferenças do BSI, BDI-II, FSCRS e a SELFCS em função da situação conjugal, tendo-se calculado o teste de *Kruskal-Wallis*. Os

resultados mostraram que, na amostra clínica, há diferenças estatisticamente significativas na dimensão somatização ($p = 0,03$; $M = 1,00$), ansiedade fóbica ($p = 0,04$; $M = 0,76$) e BDI-II total ($p = 0,01$; $M = 24,80$), verificando-se que o grupo dos sujeitos divorciados/viúvos apresentaram valores médios superiores comparativamente aos outros grupos. Também observámos que na amostra não clínica há diferenças significativas nas subescalas condição humana ($p = 0,02$; $M = 3,02$) e *mindfulness* ($p = 0,00$; $M = 3,12$), onde os sujeitos pertencentes ao grupo dos casados/união de facto evidenciaram as pontuações médias mais elevadas.

Tabela 5

Análise de diferenças no BSI, BDI-II, FSCRS e SELFCS em função da situação conjugal

	Amostra clínica					Amostra não clínica				
	Situação conjugal									
	Solteiro ($n = 27$)	Casados/ união de facto ($n = 38$)	Divorciados/ viúvos ($n = 9$)	<i>H</i>	<i>p</i>	Solteiro ($n = 22$)	Casados/ união de facto ($n = 20$)	Divorciados/ viúvos ($n = 5$)	<i>H</i>	<i>p</i>
BSI	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>			<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>		
Somatização	0,62	0,71	1,00	6,83	0,03*	0,62	0,71	1,00	2,36	0,30
Obsessões-comp	0,85	1,06	1,56	3,19	0,20	0,85	1,06	1,56	1,55	0,46
Sensibilidade interp	0,86	0,93	1,60	1,18	0,55	0,86	0,93	1,60	1,51	0,47
Depressão	0,90	0,83	1,70	2,27	0,32	0,90	0,83	1,70	1,09	0,57
Ansiedade	1,07	0,92	1,26	2,97	0,22	1,07	0,92	1,26	1,12	0,57
Hostilidade	0,84	0,82	1,08	1,46	0,48	0,84	0,82	1,08	1,09	0,57
Ansiedade fóbica	0,49	0,44	0,76	6,11	0,04*	0,49	0,44	0,76	1,34	0,51
Ideação paranóide	0,95	0,99	1,16	0,48	0,78	0,95	0,99	1,16	0,09	0,95
Psicoticismo	0,67	0,62	1,04	0,26	0,87	0,67	0,62	1,04	1,40	0,49
IGS	0,81	0,81	1,26	1,56	0,45	0,81	0,81	1,26	1,38	0,50
TSP	23,41	24,65	34,80	1,15	0,56	23,41	24,65	34,80	2,05	0,35
ISP	1,57	1,56	1,67	1,82	0,40	1,57	1,56	1,67	0,23	0,88
BDI-II total	11,23	9,00	24,80	9,26	0,01**	11,23	9,00	24,80	4,17	0,12
FSCRS										
Eu inadequado	13,64	11,20	9,80	0,28	0,86	13,64	11,20	9,80	2,63	0,26
Eu tranquilizador	17,73	15,25	6,20	3,35	0,18	17,73	15,25	6,20	6,00	0,05
Eu detestado	3,14	3,35	4,20	2,41	0,30	3,14	3,35	4,20	1,42	0,49
SELFCS										
Autocrítica	2,06	2,30	2,08	0,82	0,66	2,06	2,30	2,08	1,42	0,49
Condição humana	2,22	3,02	2,00	4,39	0,11	2,22	3,02	2,00	7,78	0,02*
Isolamento	1,93	2,27	2,25	0,55	0,75	1,93	2,27	2,25	2,18	0,33
Calor/compreensão	2,25	2,76	1,92	0,42	0,80	2,25	2,76	1,92	4,80	0,09
<i>Mindfulness</i>	2,28	3,12	1,80	4,95	0,08	2,28	3,12	1,80	10,46	0,00**
Sobreidentificação	2,19	2,30	2,50	1,25	0,53	2,19	2,30	2,50	0,68	0,71
SELFCS total	2,15	2,62	2,08	0,14	0,93	2,15	2,62	2,08	5,63	0,06

Nota. n = número de sujeitos da amostra; M = média; H = teste de *Kruskal-Wallis*; p = nível de significância estatística (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$); Obsessões-comp: obsessões-compulsões; Sensibilidade interp: sensibilidade interpessoal; IGS: Índice geral de sintomas; TSP: Total de Sintomas Positivos; ISP: Índice de Sintomas Positivos.

Através da Tabela 6 apresentamos os resultados da análise de diferenças do BSI, BDI-II, FSCRS e a SELFCS em função da situação profissional, tendo-se utilizado novamente o teste de *Kruskal-Wallis*.

Os resultados revelaram que, na amostra clínica, há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões somatização ($p = 0,01$; $M = 1,81$), ISP do BSI ($p = 0,02$; $M = 2,34$), eu tranquilizador ($p = 0,00$; $M = 19,47$), calor/compreensão ($p = 0,03$; $M = 2,97$) e *mindfulness* ($p = 0,03$; $M = 3,16$), observando-se que o grupo dos participantes desempregados registaram as pontuações médias mais elevadas, comparando com os restantes grupos.

Tanto na amostra clínica ($p = 0,02$; $M = 41,00$), como na amostra não clínica ($p = 0,01$; $M = 25,82$), o BDI-II total demonstrou diferenças significativas, constatando-se que o grupo dos desempregados revelou novamente as pontuações médias mais elevadas. Ao compararmos as duas amostras em estudo verificámos que a amostra clínica apresentou valores médios superiores.

Através da tabela ainda vemos que, na amostra não clínica, existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões obsessões-compulsões ($p = 0,02$; $M = 2,66$), depressão ($p = 0,03$; $M = 3,00$), hostilidade ($p = 0,04$; $M = 2,40$), psicoticismo ($p = 0,02$; $M = 2,06$), IGS ($p = 0,04$; $M = 2,03$), TPS ($p = 0,02$; $M = 47,00$), eu inadequado ($p = 0,04$; $M = 20,33$), autocrítica ($p = 0,01$; $M = 3,00$), isolamento ($p = 0,01$; $M = 3,33$) e sobreidentificação ($p = 0,01$; $M = 3,66$), observando-se que foi o grupo dos participantes desempregados que revelou as pontuações médias mais altas, comparando com os outros grupos.

Tabela 6

Análise de diferenças no BSI, BDI-II, FSCRS e SELFCS em função da situação profissional

	Amostra clínica					Amostra não clínica				
	Situação profissional					Empregado (n = 33)	Desempregado (n = 3)	Estudante (n = 11)	H	p
	Empregado (n = 44)	Desempregado (n = 17)	Estudante (n = 13)	M	H					
BSI										
Somatização	1,16	1,81	0,91	8,21	0,01*	0,69	1,33	0,54	4,18	0,12
Obsessões-comp	1,63	2,19	1,57	3,76	0,15	1,01	2,66	0,60	7,51	0,02*
Sensibilidade interp	1,48	1,58	1,40	0,25	0,88	0,96	1,83	0,75	3,35	0,18
Depressão	1,52	1,73	1,21	1,49	0,47	0,87	3,00	0,65	6,94	0,03*
Ansiedade	1,47	1,77	1,26	1,97	0,37	1,07	1,88	0,66	4,45	0,10
Hostilidade	1,40	1,30	1,38	0,27	0,87	0,81	2,40	0,58	6,02	0,04*
Ansiedade fóbica	0,89	1,16	0,75	0,71	0,69	0,44	0,93	0,52	2,78	0,24
Ideação paranóide	1,63	1,72	1,24	1,28	0,52	0,98	1,93	0,74	4,91	0,08
Psicoticismo	1,27	1,24	1,07	0,40	0,81	0,63	2,06	0,49	7,06	0,02*
IGS	1,38	1,64	1,19	1,78	0,41	0,83	2,03	0,62	6,33	0,04*
TSP	34,32	35,59	30,92	0,59	0,74	25,27	47,00	18,82	7,05	0,02*
ISP	1,94	2,34	1,81	7,60	0,02*	1,56	2,29	1,44	4,15	0,12
BDI-II total	18,98	41,00	14,15	7,34	0,02*	10,52	25,82	7,36	8,69	0,01**
FSCRS										
Eu inadequado	17,84	21,59	19,08	2,95	0,22	10,94	20,33	13,73	6,42	0,04*
Eu tranquilizador	10,84	19,47	12,77	17,10	0,00**	14,76	7,00	19,82	4,67	0,09
Eu detestado	6,59	5,82	8,69	4,83	0,08	3,27	5,67	2,91	3,10	0,21
SELFCS										
Autocrítica	2,85	2,74	2,60	0,46	0,79	2,24	3,00	1,69	8,05	0,01**
Condição humana	2,72	3,19	3,11	2,71	0,25	2,62	2,50	2,29	1,08	0,58
Isolamento	2,97	2,98	2,44	2,13	0,34	2,13	3,33	1,70	8,11	0,01**
Calor/compreensão	2,18	2,97	2,83	6,56	0,03*	2,50	1,93	2,36	1,39	0,49
Mindfulness	2,39	3,16	2,65	6,98	0,03*	2,71	2,08	2,34	1,75	0,41
Sobreidentificação	3,00	2,94	2,82	0,13	0,93	2,29	3,66	1,81	7,95	0,01**
SELFCS total	2,67	2,98	2,74	2,75	0,25	2,41	2,67	2,03	2,93	0,23

Nota. n = número de sujeitos da amostra; M = média; H = teste de *Kruskal-Wallis*; p = nível de significância estatística (**p < 0,01; *p < 0,05); Obsessões-comp: obsessões-compulsões; Sensibilidade interp: sensibilidade interpessoal; IGS: Índice geral de sintomas; TSP: Total de Sintomas Positivos; ISP: Índice de Sintomas Positivos.

Seguidamente e para finalizar a apresentação dos resultados expomos as associações entre os índices globais do BSI, BDI-II total e SELFCS total, através do coeficiente de correlação de Pearson.

Através da Tabela 7 observámos que, na amostra clínica, o IGS apresentou correlações positivas altas com o BDI-II total ($r = 0,81$). Já com a SELFCS total ($r = 0,52$) estabeleceu associações positivas moderadas. Ao compararmos estes dados com os da amostra não clínica verificámos que são semelhantes, ou seja, o IGS tem correlações positivas altas com o BDI-II total ($r = 0,84$). Por sua vez, com a SELFCS total ($r = 0,40$) uma associação positiva moderada.

O TSP também revelou correlações positivas altas com o BDI-II total ($r = 0,72$), enquanto com a SELFCS total ($r = 0,43$) uma associação positiva moderada. Ao realizarmos a comparação dos resultados com os da amostra não clínica confirmámos que têm novamente semelhanças, dado

que o TSP tem uma associação positiva alta com o BDI-II total ($r = 0,75$). Já com o ISP ($r = 0,62$) e SELFCS total ($r = 0,45$) correlações positivas moderadas.

Também observámos que o ISP apresentou correlações positivas altas com BDI-II total ($r = 0,79$), enquanto que com a SELFCS total ($r = 0,57$) encontrámos correlações positivas moderadas. Os resultados da amostra não clínica são mais baixos, verificando-se que o ISP estabelece uma associação positiva moderada com BDI-II total ($r = 0,69$) e associações positivas baixas com a SELFCS total ($r = 0,27$).

Por fim, relativamente ao BDI-II total, na amostra clínica, observámos que existem correlações positivas moderadas com a SELFCS total ($r = 0,43$). Na amostra não clínica não encontrámos correlações estatisticamente significativas para realizarmos a comparação.

Tabela 7

Correlações entre os índices globais do BSI, BDI-II total e SELFCS total

	Amostra clínica					Amostra não clínica			
	TSP	ISP	BDI-II total	FSCRS total	SELFCS total	TSP	ISP	BDI-II total	SELFCS total
IGS	0,88**	0,90**	0,81**	0,49**	0,52**	0,91**	0,82**	0,84**	0,40**
TSP	-	0,65**	0,72**	0,39**	0,43**	-	0,62**	0,75**	0,45**
ISP	-	-	0,79**	0,57**	0,57**	-	-	0,69**	0,27
BDI-II total	-	-	-	0,53**	0,43**	-	-	-	0,21

Nota. Coeficiente de Correlação de Pearson = r (** $p < 0,01$; * $p < 0,05$); IGS: Índice geral de sintomas; TSP: Total de Sintomas Positivos; ISP: Índice de Sintomas Positivos.

Discussão e Conclusão

Como já foi referido anteriormente, o presente estudo tem como objetivo principal estudar se existem relações entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão, comparando a amostra clínica e a amostra não clínica.

Os principais resultados da investigação indicam que na amostra clínica o sintoma psicopatológico que mais se destaca foi as obsessões-compulsões, sendo este igualmente o sintoma mais identificado na amostra não clínica, em paralelo com a ansiedade. Também verificamos que, na amostra clínica, os valores do IGS e o TSP se encontram próximos da média considerada para os indivíduos perturbados emocionalmente e o ISP se situa acima do ponto de corte de 1,7, sendo um indicador de risco de sintomatologia psicopatológica (Canavaro, 1999). Os nossos dados

assemelham-se ao estudo de Canavarro (1999). Esta autora realizou uma investigação com duas amostras, população geral e população com perturbações emocionais, optando por usar o valor do ISP para determinar o ponto corte entre estes dois grupos, tal como realizámos no presente estudo. Os resultados evidenciaram que os sujeitos perturbados emocionalmente apresentaram valores mais elevados em todas as escalas e índices globais do BSI, comparando com a população geral (Canavarro, 1999), o mesmo acontece no nosso estudo.

Relativamente à sintomatologia depressiva, a amostra clínica apresenta valores mais elevados, sendo revelador de depressão moderada. Como era esperado, os valores da amostra não clínica foram mais baixos, sendo um indicador de depressão ligeira. No que diz respeito ao autocriticismo constatamos que a amostra clínica pontua mais na subescala eu inadequado, enquanto na amostra não clínica os resultados mais elevados ocorrem na subescala eu tranquilizador. Por sua vez, na autocompaixão os resultados da amostra clínica apontam para valores mais elevados na subescala sobreidentificação, já os da amostra não clínica os valores mais elevados foram obtidos na subescala *mindfulness*. Neste âmbito, os nossos resultados são semelhantes aos encontrados na literatura. Por exemplo, a pesquisa de Ehret, Joormann e Berking (2015) explorou se a autocrítica repetida e um nível baixo de autocompaixão estão associados à depressão ou à vulnerabilidade à mesma, comparando sujeitos deprimidos (amostra clínica) e não deprimidos (amostra não clínica). Os resultados indicaram que os indivíduos deprimidos manifestaram níveis superiores de autocrítica e menores de autocompaixão, comparativamente com os não deprimidos. Estes dados suportam a ideia de níveis elevados de autocriticismo e menores da autocompaixão podem influenciar a vulnerabilidade à depressão (e.g., Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004, 2006), colocando estes indivíduos em risco aumentado de desenvolver esta patologia.

Um dos pontos principais desta investigação foi a análise de diferenças dos instrumentos, comparando as duas amostras em estudo, usando o ponto de corte de 1,7. Ao compararmos os grupos comprovamos que a amostra clínica apresenta as pontuações mais elevadas em toda a sintomatologia psicopatológica e nos índices globais, bem como na sintomatologia depressiva. O mesmo verificamos nas subescalas eu inadequado e eu detestado. Na autocompaixão não foi exceção, dado que a amostra clínica obteve as pontuações mais altas na autocrítica, isolamento e sobreidentificação. Os nossos dados são idênticos aos encontrados na literatura que novamente sugere que a autocrítica está relacionada com indicadores psicopatológicos e, por isso, deve ser

abordada em contextos clínicos (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015). A pesquisa de Ehret e colaboradores (2015) vem confirmar o mesmo, mencionando que indivíduos deprimidos apresentam níveis mais elevados de autocrítica e menores de autocompaixão em comparação com indivíduos não deprimidos.

Ao compararmos as duas amostras em estudo verificamos que a variável consultas de psicologia apresenta dados bastante interessantes. Os resultados demonstram que os sujeitos que frequentam as consultas de psicologia, pertencentes à amostra clínica, apresentam pontuações mais elevadas em toda a sintomatologia psicopatológica, índices globais, sintomatologia depressiva, eu tranquilizador, autocrítica, isolamento esobreidentificação. Na subescala eu inadequado do autocriticismo verificamos que são novamente os sujeitos que frequentam as consultas de psicologia que têm pontuações superiores, tanto na amostra clínica, como na não clínica. Na amostra não clínica ainda observamos que na subescala eu detestado os sujeitos que têm consultas de psicologia revelamos valores mais elevados. Através dos nossos resultados compreendemos que os sujeitos que se encontram mais vulneráveis emocionalmente, principalmente os da amostra clínica, são os que recorrem às consultas de psicologia. Como já vimos anteriormente, a autocrítica está ligada a indicadores psicopatológicos, sendo por este motivo fundamental ser trabalhada em âmbito clínico. Dado que a autocrítica não é um processo singular, os terapeutas devem analisar detalhadamente as suas diferentes manifestações, ou seja, os sentimentos detestados e inadequados (Castilho et al., 2015). Contudo, também devem abranger os indicadores negativos da autocompaixão, uma vez que estão associados de forma positiva à psicopatologia, sugerindo que existe maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental (Muris & Petrocchi, 2017). Terapeuticamente pode devolver-se a autoconfiança, ajudando as pessoas a criar compaixão por si, combatendo deste modo sentimentos de ódio, autoataque e autodesvalorização (Castilho et al., 2015).

Os resultados também revelam que os indivíduos pertencentes ao grupo etário 50-79 anos da amostra clínica pontuam mais na dimensão somatização, sintomatologia depressiva e subescala calor/compreensão. Notamos igualmente que tanto na amostra clínica, como na não clínica são os sujeitos pertencentes ao grupo etário 50-79 anos que têm pontuações superiores na subescala *mindfulness*. Curiosamente, sobre este último resultado, ao compararmos ambas as amostras vemos que as pontuações mais altas são encontradas na amostra clínica. No que diz respeito a estes dados, devido à escassez de bibliografia que se debruce em explorar estas variáveis, optamos por

colocar uma hipótese explicativa para os mesmos. Estes resultados apontam para um grupo etário de idade mais avançada que parece sentir mais dificuldades emocionais, refletindo-se na presença de determinados sintomas (amostra clínica), mas ao mesmo tempo também vemos que é o grupo que consegue perante situações dolorosas ter uma atitude mais compreensiva, de calor e tolerância para consigo mesmo. Outra hipótese colocada é que provavelmente uma grande percentagem dos sujeitos da amostra clínica já pode ter feito psicoterapia (consultas de psicologia) no passado, pelo que podem ter desenvolvido estas competências, ou seja, serem mais capazes de estarem *mindful* e de serem autocompassivos.

A situação conjugal foi outra das variáveis analisadas, revelando que os sujeitos divorciados e viúvos da amostra clínica apresentam valores superiores na somatização, ansiedade fóbica e sintomatologia depressiva. Por outro lado, também observamos que os sujeitos casados e em união de facto da amostra não clínica pontuam mais na condição humana e no *mindfulness*. Os nossos resultados assemelham-se de alguma forma aos de Almeida-Filho e equipa (2004), que indicam que o estado civil pode ter impacto no desenvolvimento da depressão. Em particular, os sujeitos divorciados/viúvos apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos e os solteiros a mais baixa. Relativamente aos indivíduos casados ou em união de facto manifestarem mais autocompaixão, consideramos que uma hipótese que o pode explicar refere-se ao facto de uma relação de casal bem estruturada poder ser uma mais-valia, sobretudo em experiências de fracasso ou inadequação, dado que em conjunto poderão conseguir ter uma atitude mais compreensiva, reconhecendo que ser-se imperfeito e cometer erros faz parte da experiência humana.

Os resultados referentes à situação profissional dos participantes mostraram-se pertinentes, apontando para pontuações mais elevadas nos sujeitos desempregados, da amostra clínica, especificamente na dimensão somatização, ISP, eu tranquilizador, calor/compreensão e *mindfulness*. Tanto na amostra clínica, como na amostra não clínica, a presença de sintomatologia depressiva foi superior nos sujeitos desempregados. Também constatamos que, na amostra não clínica, os sujeitos desempregados apresentam mais obsessões-compulsões, depressão, hostilidade, psicoticismo, IGS, TPS, eu inadequado, autocrítica, isolamento e sobreidentificação. Estes dados já eram esperados e vão ao encontro da bibliografia pesquisada (Dias, Fonseca, Contreiras, & Pereira, 2013; McKee, Karanikoloc, Belcher, & Stuckler, 2012). Segundo McKee e equipa (2012), o desemprego pode ter um efeito negativo na saúde mental, podendo despoletar depressão, ansiedade, insónia, sintomas psicossomáticos e baixa autoestima (Dias et al., 2013).

Outros autores referenciam que as desigualdades na educação e no estatuto socioeconómico são determinantes para o desenvolvimento de depressão (Krieger et al., 1997).

Em resposta ao principal objetivo deste estudo verificamos que, em ambas as amostras, quanto maior é o IGS, o TSP e o ISP mais elevada é a sintomatologia depressiva e a autocompaixão total. Em específico, na amostra clínica quanto maior é a sintomatologia depressiva mais elevada a autocompaixão total. Ao compararmos os dados da amostra clínica e não clínica compreendemos que os resultados correlacionais são muito idênticos. No que diz respeito aos nossos dados, a maior parte eram esperados, à exceção das associações positivas dos índices globais, sintomatologia depressiva e autocompaixão. Por isso, neste ponto, os resultados desta investigação diferem da literatura (e.g., Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015b; Ehret et al., 2015; Muris & Petrocchi, 2017; Neff, 2003). Por exemplo, Neff (2003) documenta que a autocompaixão apresenta associações negativas com a depressão, ansiedade, autocriticismo e neuroticismo (Neff, 2003). Por outro lado, Castilho e colaboradores (2015b) demonstram no seu estudo que sujeitos com perturbações psicopatológicas apresentam habilidades de autocompaixão menores.

Se a autocrítica tem sido proposta como um importante fator de risco para a depressão e, de modo geral para a psicopatologia (e.g., Castilho, 2010; Pinto-Gouveia, Ferreira, & Duarte, 2012), a autocompaixão é indicada como um fator protetor ou de resiliência que protege contra o desenvolvimento de quadros depressivos (Ehret et al., 2015). Assim, de acordo com a pesquisa de Muris e Petrocchi (2017), compreendemos que as subescalas positivas da autocompaixão associam-se negativamente à psicopatologia, o que confirma a hipótese do seu papel protetor. No entanto, as subescalas negativas encontram-se positivamente ligadas à psicopatologia, sugerindo que essas subescalas exploram os problemas de saúde mental. O que ocorre no nosso estudo é exatamente este último ponto, ou seja, as subescalas negativas da autocompaixão foram significativamente mais fortes, por este motivo as correlações foram positivas, estando associadas aos problemas de saúde psicológica dos nossos participantes.

Ao finalizar esta dissertação importa fazer menção às implicações práticas e teóricas destes resultados. Assim, consideramos que os resultados deste trabalho ao revelarem a presença de relações entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão, em ambas as amostras, mas principalmente na clínica, evidenciam a necessidade de se continuar a estudar de forma aprofundada os fatores de risco e de proteção relacionados com a psicopatologia. No entanto, esta investigação vem dar uma resposta mais completa sobre esta temática, dado que

explora a relação entre diversas variáveis em duas amostras distintas, contribuindo deste modo para a expansão científica.

Estes dados também demonstram que há implicações práticas, a nível clínico, sendo importante haver um investimento no âmbito das Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração em contexto hospitalar, em específico na Terapia Focada na Compaixão, cujo objetivo visa ajudar as pessoas a aceitarem as adversidades sem autocrítica, trabalhando igualmente a capacidade de autoaceitação e autotranquilização em situações negativas, reduzindo desta forma a sintomatologia psicopatológica e depressiva, bem como o autocriticismo (Castilho, 2011). Outro aspeto interessante seria realizar programas de prevenção da depressão em hospitais.

No que concerne à generalização dos resultados é essencial referir que este é um estudo comparativo e transversal e, por isso, não se podem retirar conclusões absolutas, o que limita o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis em estudo. Além de que as amostras não apresentam uma dimensão significativa, o que impede a generalização de resultados na população portuguesa clínica e não clínica.

Relativamente às limitações consideramos que uma das que se evidencia mais é a reduzida dimensão da amostra, dado que a subdividimos em duas amostras para podermos realizar um estudo comparativo. Também achamos que a extensão do protocolo de investigação foi uma limitação, uma vez que pode ter condicionado alguns dos dados recolhidos, ainda que os valores de consistência interna não indiquem nesse sentido. A última limitação encontrada relaciona-se com a dificuldade na pesquisa bibliográfica, devido à escassez de estudo que analisem todos os construtos incluídos neste estudo, dificultando a comparação dos resultados na secção da discussão.

As limitações identificadas permitem que em futuros estudos determinadas medidas possam ser melhoradas. Por isso, como sugestão para futuras investigações achamos relevante a inclusão de amostras representativas e mais heterogéneas, bem como o estudo de outras variáveis, como por exemplo a personalidade (e.g., Neff, 2003), relacionando-a com a sintomatologia psicopatologia e depressiva, autocriticismo e autocompaixão.

Ao concluirmos esta dissertação compreendemos que existe uma associação positiva entre a sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocriticismo e autocompaixão, em ambas as amostras, sendo mais expressiva a relação entre a sintomatologia depressiva, o autocriticismo e a autocompaixão na amostra clínica. Por sua vez, as variáveis consultas de psicologia (os sujeitos

que as frequentam), idade (50-79 anos), situação conjugal (divorciados/viúvos) e situação profissional (desempregados) parecem atuar como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e depressivos, especialmente na amostra clínica. Já a autocompaixão teve um papel ambivalente nas duas amostras porque, quando analisada com algumas variáveis, revelou poder atuar como fator protetor (principalmente na amostra não clínica) e com outras variáveis ficou sugerido que possa equacionar-se como fator de risco (principalmente na amostra clínica), apontando para os problemas de saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Science & Medicine*, *59*, 1339-53.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais [DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders] (5th ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *252*(5), 201-9. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0381-6>
- Aros, M., & Yoshida, E. (2009). Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 61–76.
- Beck, A. T. (1963) Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324-333.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología - Volumen II*. Aravaca, Madrid: Mcgraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.
- Belzung, C., Willner, P., & Philippot, P. (2015). Depression: from psychopathology to pathophysiology. *Current Opinion in Neurobiology*, *30*, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.08.013>
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, *12*, 527-562.
- Campbell, R. J. (1986). Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos. In P. Delgalarrondo (Ed.), *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (3ª Ed, pp. 1-440). Artmed Editora.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Castilho, P. (2010). Recordação das Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância e Psicopatologia: o efeito mediador do Auto-Criticismo, *II*, 475–498.
- Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2011a). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 63-86.
- Castilho, P., & 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.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Self-criticism and selfreassurance as predictors of self-harm behaviour, in *Borderline Personality Disorder*. Manuscript in preparation.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., & Duarte, J. (2014). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood and Psychopathology: The Mediator Effect of Self-Criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 73–81. <https://doi.org/10.1002/cpp.1821>
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015a). Exploring Self-criticism: Confirmatory Factor Analysis of the FSCRS in Clinical and Nonclinical Samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 153–164.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015b). Evaluating the MultifactorStructureof the LongandShortVersions of theSelf-CompassionScale inaClinicalSample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 856–870.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Dias, C. M., Fonseca, R., Contreiras, T., Pereira, J. (2013). Os efeitos da austeridade na saúde da população: evidência internacional e experiência portuguesa. In E. P. Ferreira (coordenador), *A austeridade cura? A austeridade mata?* (pp. 927-54). Lisboa: Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665-76.
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496–1504. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2014.992394>

- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. S., ... Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the Courage (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, *16*(1098), 2-8.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, *32*, 131–153. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1993.tb01039.x>.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*, 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & 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. doi:10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, *20*(2), 183–200. doi:10.1891/088983906780639817
- Jo, S-J., Yim, H. W., Bang, M. H., Lee, M. O., Jun, T. Y., Choi, J-S., ... Park, Y-M (2011). The Association between Economic Status and Depressive Symptoms: An Individual and Community Level Approach. *Psychiatry Investigation*, *8*, 194-200. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2011.8.3.194>
- Krieger, N., Williams, D. R., Moss, N. E. (1997) Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, *18*, 341–78.
- Mckee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, *12*(4), 346-50. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-4-346>
- Minkowski, E. (2005). *Le temps vé cu. Études Phénoménologiques et Psychopathologiques*. Paris: PUF.
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*, 373–383. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Neff, K. (2003). Self-Compassion : An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself, (February 2002), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Paluska, S. A., & Schwenk, T.L., (2000). Physical activity and mental health. *Sports Medicine*, *29*, 167-180.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Duarte, C. (2012). Thinness in the pursuit for social safeness: An integrative model of social rank mentality to explain eating psychopathology. Manuscript submitted for publication.
- Ponciano, E., Cardoso, I. & Pereira, A. (2004). *Adaptação de uma versão experimental em língua*

portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior.
Coimbra: SASUC.

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão (cognitive-behavioral therapy for depression), *30*(Supl II), 73–80.

Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *20*, 41-49. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14407>