

1 2 9 0



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Bruno Filipe da Costa Miranda

O PAPEL MEDIADOR DA AUTOCOMPAIXÃO
NO IMPACTO DE EXPERIÊNCIAS
ADVERSAS NA INFÂNCIA EM SINTOMAS
DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE SOCIAL,
NUMA AMOSTRA DE JOVENS
INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de
especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria do Céu
Teixeira Salvador e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

setembro de 2022



FACULDADE DE
PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

**O Papel Mediador da Autocompaixão no Impacto de Experiências Adversas na
Infância em Sintomas Depressivos e de Ansiedade Social, numa Amostra de Jovens
Institucionalizados**

Bruno Filipe da Costa Miranda

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de
especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações
Psicológicas e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria do Céu Teixeira
Salvador e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

Declaração de integridade.

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Enquadramento institucional

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto estratégico do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

“Porque por vezes o impossível

é apenas a errada perceção

da realidade”.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, à minha esposa Daniela, por ser a mulher que é, por ter encorajado e permitido a persecução deste sonho, muitas vezes com prejuízo próprio, muito obrigado amor! Também, aos meus filhos, em especial à Maria, pelo tempo que se viram privados do pai e pelas muitas vezes em que estando com eles na realidade não o estive, desculpem bebês!

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador, pelo carinho, compreensão, compaixão e sabedoria e à Doutora Rita Ramos Miguel, pela elevada paciência, disponibilidade e compreensão.

Aos meus colegas de faculdade, pelo bem que me acolheram, um “cota” que nunca se sentiu posto de parte, antes pelo contrário, que sempre se sentiu aceite e acarinhado, um membro da tribo.

Aos “Orientand@s da Céu”, o meu subgrupo final, companheiros da reta da meta, de desespero e luta. Fontes inesgotáveis de coragem, suporte e esperança.

Aos meus afilhados, Ana e Ricardo, que mereciam um padrinho mais presente, mas que, ainda assim, nunca de tal se lamuriaram transmitindo-lhe sempre singular carinho.

Às minhas avós, obrigado pelo que de bom tenho enquanto pessoa, muito virá com certeza do amor incondicional, carinho e porto seguro que sempre representaram na minha vida. Espero ser possível, ainda, recuperar o tempo que nos foi roubado por este meu sonho, amo-vos!

Aos meus pais, por muito do que sou, fui e serei, por suportarem esta nossa ausência e a compreenderem.

À minha irmã, tia e primos por serem fontes inesgotáveis de amor, coragem, um exemplo de vida, nunca mudem!

A todos os jovens que participaram deste estudo e aos elementos das equipas técnicas das suas instituições, sem vocês, o vosso altruísmo e compaixão esta tese não seria possível.

À colega Fátima Saraiva pela ajuda na recolha de dados e pela sua presença compassiva e encorajadora. À colega Fernanda Salvador pela ajuda na inserção de dados. Ao colega Diogo Oliveira pela simpatia e ajuda com o *LimeSurvey*.

Aos pioneiros da psicologia, aos autores passados e atuais, à UC e a Coimbra, à FPCEUC e seus docentes e a todos os outros que tornaram este sonho possível!

A todos Vós o meu genuíno muito obrigado!

Índice

| | |
|----------------------------------|----|
| Introdução | 1 |
| Metodologia..... | 6 |
| Resultados | 13 |
| Discussão | 18 |
| Referências Bibliográficas | 26 |
| Anexos | 37 |

O Papel Mediador da Autocompaixão no Impacto de Experiências Adversas na Infância em Sintomas Depressivos e de Ansiedade Social, numa Amostra de Jovens Institucionalizados

Resumo

Uma recente meta-análise estima que a prevalência de níveis clínicos de ansiedade e depressão em adolescentes seja, respetivamente, de 25 e 21% (Racine et al., 2021). Experiências adversas na infância são um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa ou depressiva (Goldenson et al., 2021). Jovens institucionalizados, tendo em conta os motivos da sua institucionalização, constituem um grupo de elevado risco (Tanaka et al., 2011). Por outro lado, investigações recentes mostram que a autocompaixão pode ter um papel importante na diminuição de psicopatologia (Callow et al., 2021). Nesse sentido, o principal objetivo deste estudo consistiu em compreender o papel mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância, concetualizadas como memórias de ameaça, subordinação e desvalorização, e psicopatologia do tipo internalizante, nomeadamente ansiedade social e depressão, numa amostra de adolescentes institucionalizados. Cento e trinta e três jovens em situação de acolhimento, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, preencheram questionários de autorresposta permitindo avaliar experiências adversas na infância, autocompaixão, ansiedade social e depressão. Verificou-se que experiências adversas na infância se correlacionavam com menores níveis de autocompaixão e com maiores níveis de ansiedade social e depressão. Ao mesmo tempo, menos autocompaixão associou-se a maiores níveis de ansiedade social e depressão. Nas análises de mediação efetuadas verificou-se a existência de uma mediação parcial da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão. Esta mediação não se verificou na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social, embora a autocompaixão tenha sido um preditor significativo dessa sintomatologia. Por seu lado, o género, introduzido no modelo como covariável, revelou-se um preditor significativo de ansiedade social (o género feminino parece associar-se a maior risco de desenvolver este tipo de sintomatologia), o que não se verificou para a depressão. Estes resultados apontam para um papel significativo de menores níveis de autocompaixão no desenvolvimento de sintomatologia depressiva e da ansiedade social,

sugerindo que intervenções focadas no seu aumento possam ter um papel determinante na prevenção de psicopatologia e aumento de bem-estar, em especial neste tipo de população de risco. Este papel pode ser especialmente relevante no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, como forma de atenuar o impacto de experiências adversas na infância.

Palavras-Chave: adolescentes, autocompaixão, abuso, ansiedade social, depressão

The Mediating Role of Self-Compassion in the Relation Between Adverse Childhood Experiences and Internalizing Psychopathology, in a Youth Residential Care Sample

Abstract

A recent meta-analysis estimates the prevalence of clinical anxiety and depression in adolescents, to be 25% and 21%, respectively (Racine et al., 2021). Adverse childhood experiences are one of the main risk factors for the development of anxiety and depression symptoms (Goldenson et al., 2021). Therefore, institutionalized adolescents are at a greater risk of developing said psychopathology (Tanaka et al., 2011). Conversely, self-compassion seems to have an important role in diminishing psychopathology (Callow et al., 2021). This cross-sectional study aims to study the potentially mediating role of self-compassion between adolescent's psychopathology and their adverse childhood experiences. One hundred and thirty-three adolescents in foster care, aged between 13 and 18, completed measures of adverse childhood experiences, self-compassion, social anxiety, and depression. Correlational analysis indicated that adverse childhood experiences were associated with lower self-compassion and higher social anxiety and depression. In contrast, higher self-compassion correlates to lower levels of social anxiety and depression. Results of this analysis suggest a partial mediation role of self-compassion in the relationship between adverse childhood experiences and depression. However, no mediation was found regarding social anxiety, despite self-compassion being found to be a significant predictor of that psychopathology. Gender, included as a co-variable, was a significant social anxiety predictor, indicating that female adolescents seem more prone to develop it, despite levels of self-compassion. This finding was not true for depression. In conclusion, lower levels of self-compassion had a direct effect on increased levels of both psychopathologies, suggesting that therapies focused in promoting self-compassion may have an important role in the prevention of psychopathology and increased well-being, particularly in this kind of high-risk group. This role may be especially important as a way of lowering the effect of adverse childhood experiences in depressive symptoms.

Keywords: adolescents, self-compassion, adverse childhood experiences, social anxiety, depression

**O Papel Mediador da Autocompaixão no Impacto de Experiências Adversas
na Infância em Sintomas Depressivos e de Ansiedade Social, numa Amostra
de Jovens Institucionalizados**

Bruno Filipe da Costa Miranda, Maria C.T. Salvador

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra

Portugal

Nota de autor

Correspondência relativa a este manuscrito deve ser endereçada a Bruno Filipe da Costa Miranda, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802, Coimbra, Portugal Email:

brunofcmiranda@hotmail.com

O Papel Mediador da Autocompaixão no Impacto de Experiências Adversas na Infância em Sintomas Depressivos e de Ansiedade Social, numa Amostra de Jovens Institucionalizados

A adolescência é um importante período desenvolvimental, onde os jovens se deparam com várias mudanças e desafios específicos a ultrapassar (Zarrett & Eccles, 2006). De forma a assegurar uma transição bem-sucedida para a fase desenvolvimental seguinte, a adulta, é necessário que se desenvolva uma perceção de mestria e identidade positivas, que permitam, no futuro, competências sociais, profissionais e parentais adequadas (Putnam, 2006). No entanto, sabe-se, atualmente, que a prevalência de níveis clínicos de ansiedade e depressão em adolescentes é, respetivamente, de 25 e 21% (Racine et al., 2021), colocando em risco o futuro destes jovens. Uma das principais razões para o desenvolvimento deste tipo de psicopatologia são as experiências adversas na infância (Felitti et al., 1998; Goldenson et al., 2021), sabendo-se que jovens institucionalizados, tendo em conta os motivos da sua institucionalização, apresentam um risco aumentado de desenvolvimento deste tipo de psicopatologia (Tanaka et al., 2011). Estes dados tornam o estudo de fatores de risco/de proteção nesta população de especial importância.

Institucionalização em Portugal

Em Portugal, a institucionalização de jovens surge, pela primeira vez, em 1504, através da Coroa como uma resposta à problemática das crianças abandonadas, tendo como funções primárias, o cuidar, criar e providenciar, até que a criança pudesse aprender, exercer e subsistir autonomamente através de um ofício (Salgado & Salgado, 1996). Atualmente, nesse âmbito, destacam-se duas respostas sociais generalistas, os Lares de Infância e Juventude (LIJ), destinado ao acolhimento de crianças e jovens em situação de perigo, de duração superior a 6 meses e os Centro de Acolhimento Temporário (CAT) para acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em perigo, de duração inferior a 6 meses (Carta Social, 2022).

Segundo dados do Relatório CASA, em 2020, encontravam-se em situação de acolhimento 6706 crianças e jovens (58% em LIJ e 27% em CAT), dividindo-se etariamente da seguinte forma: 0 -11 (29%); 12-17 (52%); 18-24 (18%), colocando a adolescência como a

fase desenvolvimental mais representada. Os principais motivos de institucionalização foram: negligência (71%); outras situações como, por exemplo, abandono, ausência temporária de suporte familiar, comportamentos desviantes (13%), maus-tratos psicológicos (10%) e, por fim, maus-tratos físicos e abuso sexual (4% e 2%). O tipo de negligência mais prevalente, nesta amostra de jovens, é a falta de supervisão e acompanhamento familiar, seguida da negligência ao nível da educação, da saúde, da exposição a modelos parentais desviantes e de comportamentos de risco da criança ou jovem (consumo de substâncias), sendo que 57% dos jovens institucionalizados foram “deixados sós, entregues a si próprios ou com irmãos também crianças, por largos períodos” (ISS, 2020, p. 72). Relativamente aos maus-tratos psicológicos, a maior prevalência é a de exposição a violência doméstica, seguido da rejeição ativa, exercício abusivo de autoridade, depreciação/humilhação, ignorar de forma ativa, ameaça e privação social.

Experiências Adversas de Vida na Infância

Os maus-tratos na infância, perpetuados por cuidadores ou pais, são uma das principais preocupações da sociedade moderna, sendo considerados comumente como um problema de saúde pública e um desafio para as comissões de proteção de menores de todo o mundo, estimando-se que aproximadamente 60% das crianças à escala global sofram punição física regular e 70% sofra algum tipo de abuso psicológico (United Nations, 2014). Uma meta-análise de Stoltenborgh e colaboradores (2015), revelou que a prevalência deste tipo de maus-tratos em países considerados desenvolvidos é significativa: 34% para abuso emocional, 23% para abuso físico, 19% para negligência emocional, 16% para negligência física e 13% para abuso sexual.

Em 1998, um estudo coautorado pelo centro de controlo e prevenção de doença (CDC) e laboratórios Kaiser Permanente, trouxe um renovado foco para o efeito das experiências adversas na infância, revelando o seu vasto impacto no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional do ser-humano (Felitti et al., 1998). Nesse sentido, nos últimos anos, vários estudos alicerçados em ressonâncias magnéticas funcionais (fMRI), demonstram uma influência significativa deste tipo de experiências no desenvolvimento diferenciado de várias estruturas cerebrais, numa fase em que o cérebro é, especialmente, vulnerável ao meio

(Kraaijenvanger et al., 2020; McCrory et al., 2017). Estas experiências encontram-se, assim, positivamente correlacionadas com alterações neurofisiológicas, que resultam num circuito neuronal, composto pela amígdala e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), mais reativo a estímulos considerados perigosos (Nusslock & Miller, 2016).

Este tipo de alterações no funcionamento cerebral têm impacto em vários domínios neuro cognitivos (Heleniak et al., 2016; Kraaijenvanger et al., 2020; McCrory et al., 2017), estando correlacionadas com o desenvolvimento de perturbações internalizantes, como, ansiedade, depressão e perturbações psicológicas externalizantes como, perturbação de personalidade antissocial e abuso de substâncias (Spear, 2009).

Para Gilbert (2003), não é apenas a exposição a experiências adversas na infância (e.g., abuso, negligência, ameaça) que motiva o desenvolvimento de vulnerabilidades à psicopatologia, mas também o seu processamento emocional e cognitivo alicerçado em futuras memórias de submissão, desvalorização e ameaça.

Estes acontecimentos são especialmente estruturantes quando ocorrem em fases desenvolvimentais precoces como a infância e a adolescência, podendo originar, desde cedo, uma construção de um sentido de identidade negativo, visão negativa dos outros, sentimentos de inadequação, vergonha e autocrítica (Poletti et al., 2014; Putnam, 2006).

Compaixão e Autocompaixão

Apesar de compaixão ser um conceito ancestral, pedra basilar de múltiplas tradições religiosas, o seu estudo científico é recente (Strauss et al., 2016). Curiosamente, já em 1871, Charles Darwin, no seu livro “A Origem do Homem e a Seleção Sexual”, referia que comunidades com numerosos membros de elevados traços compassivos teriam maiores hipóteses de prosperar e sobreviver. Atualmente, acredita-se que o desenvolvimento da autocompaixão acontece, na infância, durante a vinculação com figuras significativas, sendo a compaixão dessas figuras vinculativas, por si mesma, uma ferramenta importante ao serviço da proteção e da nutrição psicológica das crias humanas (Gilbert, 2005; Mackintosh et al., 2018; Neff & McGehee, 2010).

Em sentido contrário, crianças vítimas de abuso e negligência física e emocional são mais vulneráveis a exibirem baixos níveis de autocompaixão durante a adolescência e vida adulta, com tendência a terem uma percepção de si mesmos alicerçada na forma crítica e fria como sempre foram tratadas, sendo incapazes de se mostrarem compassivas consigo mesmo quando confrontados com as dificuldades e desafios da existência humana (Neff, 2003; Tanaka et al., 2011). Esta conclusão é reforçada pelos resultados de uma recente meta-análise que associa todos os tipos de maus-tratos na infância, mas em especial o abuso e negligência psicológica, a uma menor autocompaixão numa fase de vida mais tardia (Zhang et al., 2021).

Neff (2003) desenvolveu o seu modelo de autocompaixão, sendo este o mais comumente usado na literatura e investigação científica. Este define a autocompaixão como a capacidade de ser capaz de experienciar sentimentos de suporte e compreensão perante falhas pessoais e sentimentos de inadequação, desdobrando-a em três componentes principais: (1) Calor ou compreensão, que se traduz na capacidade de ser bondoso e compreensivo com o próprio, ao invés de crítico; (2) Humanidade Comum, a capacidade de ver o sofrimento próprio como parte da condição humana ao invés de o sentir isoladamente; e (3) Mindfulness, estar ciente da existência desse sofrimento, mas conseguindo separar o *self* do mesmo.

Em 2013 uma meta análise de MacBeth e Gumley, recorrendo a 20 amostras provenientes de 14 estudos, usando a Escala de Autocompaixão de Neff (Neff, 2003), encontrou uma medida de efeito elevada ($r=-0.53$) para a associação entre altos níveis de autocompaixão e níveis mais baixos de psicopatologia ansiosa e depressiva, relação reforçada, mais recentemente numa nova meta-análise de Muris e Pretocchi (2017).

Outras investigações explicitam de que forma menores níveis de autocompaixão se relacionam com sintomatologia depressiva específica, nomeadamente, através do aumento da vergonha, da ruminação, do evitamento comportamental e cognitivo (Callow et al., 2021; Krieger et al., 2013; Veiga et al., 2019). Paralelamente, vários estudos recentes demonstram, que a níveis mais altos de autocompaixão estão associados níveis mais baixos de ansiedade social, associando a autocompaixão à redução da ansiedade através do seu efeito no

processamento antecipatório e no processamento pós-evento (Blackie & Kocovski, 2018; Harwood & Kocovski, 2017).

Em 2014, um estudo de Castilho e colaboradores identificou uma associação positiva entre a recordação de sentimentos de ameaça e submissão na infância e psicopatologia, nomeadamente, ansiedade e depressão. Essa associação era mediada na sua totalidade pela presença de autocrítica. A autocompaixão é vista como o antídoto da autocrítica, sendo uma resposta gentil, compreensiva e solidária com o próprio na presença de acontecimentos vistos como falhas pessoais (Berking & Whitley, 2014), comparativamente à resposta autocrítica, que por norma, elicia sentimentos de inadequação ou de aversão pelo próprio (Castilho et al., 2014). Efetivamente, várias investigações apontam a autocompaixão como um mecanismo de proteção importante na psicopatologia adolescente (e.g., depressão, ansiedade, perturbações alimentares, stress pós-traumático e perturbações obsessivo-compulsivas) com múltiplos estudos a encontrarem associações negativas entre autocompaixão e psicopatologia (Ahmed & Bhutto, 2016; Kirby et al., 2017; MacBeth & Gumley, 2012; Marsh et al., 2018; Zhang et al., 2021), sendo esta responsável por um aumento significativo do bem-estar mesmo em níveis não clínicos de sintomatologia (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2000, 2010; Muris et al., 2019; Poole et al., 2017; Spillane et al., 2022; Xavier et al., 2016).

Estas descobertas levaram a que vários investigadores tentassem compreender até que ponto a autocompaixão é uma variável flexível e suscetível de ser modificada positivamente através de programas específicos de desenvolvimento. Uma meta-análise composta por 21 estudos controlados e aleatorizados totalizando 1285 participantes, trouxe alguma luz sobre o assunto, concluindo que, apesar de a quantidade e qualidade dos estudos existentes ser baixa, os resultados com programas específicos de desenvolvimento de autocompaixão são prometedores e têm na generalidade um efeito positivo sob o aumento da autocompaixão, bem-estar, mindfulness em conjunto com a diminuição de sintomatologia depressiva e ansiosa (Kirby et al., 2017).

Objetivos e hipóteses

Apesar de o interesse científico pela autocompaixão ter aumentado, de forma sustentada, desde o início deste século, e dos resultados promissores, de vários estudos, que encontraram associações entre experiências adversas, autocompaixão e psicopatologia, são ainda escassos os estudos que tenham examinado o papel da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e psicopatologia ansiosa e depressiva, nomeadamente em adolescentes institucionalizados.

Nesse sentido o principal objetivo deste estudo consistiu em explorar o possível papel mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância, concetualizadas como memórias de ameaça, subordinação e desvalorização, e psicopatologia do tipo internalizante, nomeadamente ansiedade social e depressão, numa amostra de adolescentes em instituições de acolhimento residencial.

Esperamos, assim, encontrar, numa amostra de jovens institucionalizados, uma associação positiva entre experiências adversas na infância e psicopatologia ansiosa e depressiva, associações negativas entre experiências adversas na infância e autocompaixão, e associações negativas entre autocompaixão e psicopatologia depressiva e ansiosa (H1). Caso se confirmem as relações anteriores, esperamos encontrar um efeito de mediação da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão (H2), e esperamos que a relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social, seja também ela, mediada pela autocompaixão (H3).

Metodologia

Amostra

De modo a avaliar a hipótese de investigação colocada, realizou-se um estudo transversal que contou com a colaboração de jovens institucionalizados, em regime aberto e fechado, de centros de acolhimento temporário e lares de infância e juventude. Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: (1) Idade inferior a 13 e superior a 18 anos; (2) Défice cognitivo, impeditivo da compreensão dos itens das escalas apresentadas; (3) Sujeitos em que se tenha verificado aleatoriedade nas suas respostas aos questionários. A

recolha foi efetuada em 31 instituições de várias zonas do país, nomeadamente, centro, norte e sul.

A amostra deste estudo foi constituída por 133 adolescentes, dos quais, 83 (62.4%) do sexo feminino e 50 (37.6%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, sendo a média de idades 15.81 (DP = 1.23), 16 anos para o sexo feminino (M = 15.65; DP = 1.27) e 16 anos para o masculino (M = 16.08; DP = 1.10). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre géneros ao nível da idade ($t_{(131)} = -1.98$, $p = 0.5$). Relativamente ao ano escolar frequentado, o ano médio de escolaridade foi o 9º tanto para raparigas (M = 9.37; DP = 1.37), como para rapazes (M = 8.98; DP = 1.55). Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na escolaridade entre os géneros ($t_{(131)} = 1.53$, $p = .128$). A média de anos reprovados foi de 1.37 (DP=1.09), sendo que 78.5% de jovens reprovou pelo menos um ano e 39.6% reprovaram dois ou mais anos. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na taxa de reprovação entre os géneros ($t_{(119)} = -4.53$, $p < .01$), com as adolescentes do sexo feminino a terem reprovado em média 1 vez (M = 1.04; DP = .91) e os do sexo masculino 2 vezes (M = 1.89; DP = 1.15). Em relação ao tipo de ensino, 77 (57,9%) frequentavam o ensino regular e 56 (42,1%) algum tipo de ensino profissional. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os géneros ($\chi^2_{(2)} = 13.00$, $p < .001$) com 62% do total dos rapazes a frequentarem o ensino profissional, comparativamente a 30.1% do total das raparigas. O tipo de família origem foi semelhante para rapazes e raparigas ($\chi^2_{(2)} = 2.23$, $p = .14$), com apenas 32,1% das raparigas e 20% dos rapazes provenientes de famílias intactas. O estatuto socioeconómico das famílias de origem dos jovens foi considerado baixo em 95.6% dos casos e médio em 4.4%, sendo semelhante para ambos os sexos ($p = .647$). Por fim, ao nível do apoio psicológico verificou-se uma diferença entre géneros ($\chi^2_{(2)} = 6.40$, $p < .05$), com 85,9% das raparigas e 65,9% dos rapazes a terem contacto com esse apoio.

Instrumentos

A **Escala de Autocompaixão para Adolescentes** (SCS-A; Cunha et al., 2016), é a versão portuguesa para adolescentes da *Self Compassion Scale* (Neff, 2003). Constituída por 26 itens, é respondida numa escala de resposta do tipo *Likert* com amplitude de 1 (*Quase Nunca*) a 5

(*Quase Sempre*), com maiores pontuações a corresponderem a níveis mais elevados de autocompaixão. O seu objetivo é avaliar a autocompaixão, sendo composta por 6 subescalas: (i) Calor/Compreensão (5itens); (ii) Humanidade Comum (4 itens); (iii) Mindfulness (4 itens); (iv) Autocrítica (5 itens); (v) Isolamento (4 itens); e (vi) Sobre-Identificação (4itens). Cada subescala tem uma pontuação própria obtida através da média da soma dos seus itens. Para o total da escala, as subescalas Isolamento, Auto-crítica e Sobre-identificação são cotadas inversamente, desta forma pontuações mais elevadas nestas subescalas também retratam níveis mais elevados de autocompaixão. Na sua versão original (Neff, 2003), a escala apresentou globalmente uma boa consistência interna com $\alpha = .92$ para o total da escala e valores entre .75 e .81 nas seis subescalas. Na versão portuguesa (Cunha et al., 2016), a escala apresentou uma consistência interna adequada para o total, com $\alpha = .88$, e entre .70 e .79 nas seis subescalas. Neste estudo, a escala apresentou uma boa consistência interna, com $\alpha = .88$ para o total da escala e valores entre .74 e .86 para os seis fatores.

A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A; Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre & Salvador, 2004) é a versão portuguesa da *Social Anxiety Scale for Adolescent* (La Greca e Lopez, 1998), composta por 22 itens (4 neutros que não são contabilizados) mensurados através de uma escala de resposta tipo *Likert* com amplitude de 1 (*De forma nenhuma*) a 5 (*Todas as vezes*). O seu objetivo é avaliar, em adolescentes, a experiência de ansiedade social na interação com os pares. A SAS-A possui três subescalas: FNE (Medo de Avaliação Negativa); SAD-New (Desconforto e Evitamento Social em Situações Novas); SAD-General (Desconforto e Evitamento Social em Situações Gerais). Quanto mais elevada a pontuação, maior o nível de ansiedade. A versão portuguesa (Cunha et al., 2004) apresentou boa consistência interna ($\alpha = .88$ para o total, alfas entre .71 e .87 para as subescalas, validade convergente e divergente satisfatórias e estabilidade temporal aceitável ($r = .74$). No presente estudo a escala apresentou uma boa consistência interna com $\alpha = .94$ para o total da escala e entre .93 e .83 nas três subescalas.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004) é a versão portuguesa da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (Lovibond & Lovibond, 1995). Na sua versão reduzida é composto por 21 itens avaliados através de uma escala de resposta

tipo *Likert* com amplitude entre 0 (*Não se aplicou nada a mim*) e 3 (*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Pretende, desta forma, medir estados emocionais negativos experienciados na semana anterior, nomeadamente: depressão, ansiedade e stress. As pontuações mais elevadas correspondem estados emocionais mais negativos, sendo possível obter uma pontuação total e pontuações individuais (de 0 a 21) para Depressão, Ansiedade e Stress. A versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) apresenta consistência interna muito elevada para o total da escala ($\alpha = .95$) e boa consistência interna para as subescalas (entre .86 e .90). No presente estudo verificaram-se também bons índices de consistência interna com os valores a variarem entre .90 e .92.

A Escala de Experiências Precoces de Vida para Adolescentes (ELES-A; Pinto-Gouveia et al., 2015) é a versão portuguesa da *The Early Life Experiences Scale* (Gilbert et al., 2003) validada e adaptada ao preenchimento por parte de adolescentes. Esta escala é composta por 15 itens, respondidos através de uma escala de tipo *Likert* com uma amplitude entre 1 (*Completamente falso*) a 5 (*Muito verdadeiro*). O seu objetivo é avaliar memórias relacionadas com sentimentos de desvalorização, medo e comportamentos de subordinação. As pontuações mais altas correspondem experiências precoces de vida mais negativas, sendo possível obter uma pontuação total assim como pontuações referentes a 3 subescalas: Ameaça, Submissão e Desvalorização. A versão portuguesa (Gouveia et al., 2015) apresentou consistência interna boa para o total da escala ($\alpha = .86$) e adequada para as subescalas (alfas entre .78 e .84), bem como boa estabilidade temporal (entre .71 e .82). No presente estudo verificou-se uma consistência interna muito boa para o total da escala .91 e uma boa consistência interna para as subescalas (entre .83 e .88).

Procedimento

Este estudo fez parte de um projeto de investigação mais abrangente, incluído no projeto de investigação de Rita Ramos Miguel “Autocuidado para adolescentes institucionalizados: Um estudo de grupo aleatorizado e controlado acerca do impacto da intervenção de treino de mente Compassiva” do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC). Todos os requisitos éticos foram

seguidos, tendo o protocolo de investigação sido aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Foram contactados os diretores técnicos de 174 instituições, através de um pedido formal enviado por e-mail (cf. Anexo 2). Posteriormente foram efetuados contatos telefónicos de forma a averiguar a disponibilidade da instituição para participar neste estudo e a existência na instituição de adolescentes que cumprissem os critérios de inclusão. No total, das 174 instituições contactadas, 31 acederam a participar no estudo. Os protocolos de investigação recolhidos foram preenchidos pelos adolescentes na instituição, tendo contado com a ajuda do psicólogo local ou de um mestrando (de forma presencial ou por videochamada) durante o preenchimento. A ordem de aplicação dos questionários foi balanceada, tendo o intuito de contrariar possíveis vieses decorrentes da ordem de preenchimento, como por exemplo, contaminações provocadas pelas respostas anteriores ou cansaço decorrente do preenchimento.

Para a aplicação do protocolo foi necessário obter assentimento informado dos adolescentes e consentimento informado dos responsáveis pelos menores, neste caso, os diretores técnicos das instituições. Na altura da aplicação do protocolo foi feita a ressalva do carácter voluntário do seu preenchimento, da natureza anónima e confidencial dos dados e da sua utilização exclusivamente para fins de investigação.

Análise dos dados

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 25). O estudo de mediação foi efetuado através do plugin PROCESS para SPSS (version 4.1; Hayes, 2022).

A aderência à normalidade de cada uma das variáveis foi verificada através dos valores de curtose e assimetria, considerando-se valores compreendidos entre -2 e 2 como evidência de uma distribuição razoavelmente normal (George & Mallery, 2010).

A análise de possíveis diferenças entre géneros para as variáveis demográficas foi realizada através de testes-*t* e *qui*-quadrado para amostras independentes. A magnitude de efeito da diferença entre as médias foi verificada através do *d* de Cohen, considerando-se o

valor 0.2 como o início de um efeito pequeno, 0.5 como o início de um efeito médio e 0.8 o início de um efeito grande (Cohen, 1990). A análise de outliers foi efetuada através de diagramas *stem-and-leaf*. A sua remoção foi ponderada tendo em conta a validade dos dados que deram origem aos *outliers*.

De forma a perceber a fiabilidade dos instrumentos usados, nesta amostra específica, foi efetuada a análises das consistências internas através dos valores de alpha de Cronbach, sendo valores entre .90 e 1 considerados excelentes, entre .80 e .89 bons, entre .70 e .79 adequado, entre .60 e .69 fracos e abaixo de .60 inadmissíveis (Pestana & Gageiro, 2008). Estatísticas descritivas foram usadas para examinar, médias, desvios padrões, frequências, valores mínimos e máximos.

As possíveis relações entre variáveis foram estudadas através da análise dos seus coeficientes de correlação de Pearson. A magnitude das correlações foi considerada muito baixa para valores menores que .20, baixa para valores entre .20 e .29, moderada para valores entre .30 e .69, alta para valores entre .70 e .89 e excelente para valores entre .90 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

Para testar o efeito mediador da autocompaixão na associação entre maus-tratos na infância e psicopatologia atual, foram executadas duas análises de mediação simples recorrendo ao modelo 4 do plugin PROCESS para SPSS (Hayes, 2018). Na primeira análise as variáveis dividiram-se da seguinte forma: maus-tratos na infância (ELES-A) – variável independente; autocompaixão (SCS-A) – variável mediadora; e depressão (DASS-D) variável dependente (Fig. 1). Na segunda análise manteve-se a variável independente e mediadora com a ansiedade social a ser substituída por depressão (DASS) como variável dependente (Fig. 2). Os efeitos indiretos na análise da mediação foram calculados com o uso do procedimento não paramétrico de reamostragem aleatória, bootstrapping (k=10000), que possibilitou um intervalo de confiança de 95%. Consideraram-se efeitos significantes aqueles em que $p < .05$ e aqueles cujo intervalo de confiança não continha o valor 0.

Figura 1

Primeira proposta de mediação simples, teste do efeito mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão.

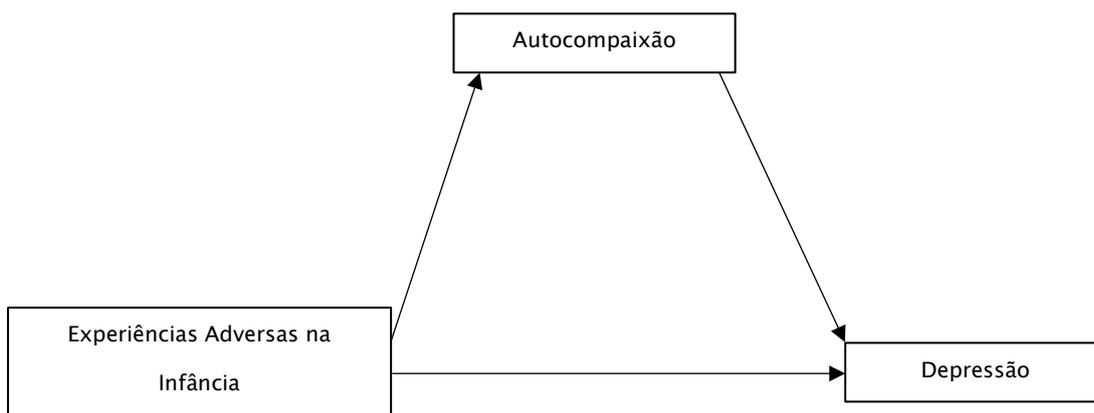
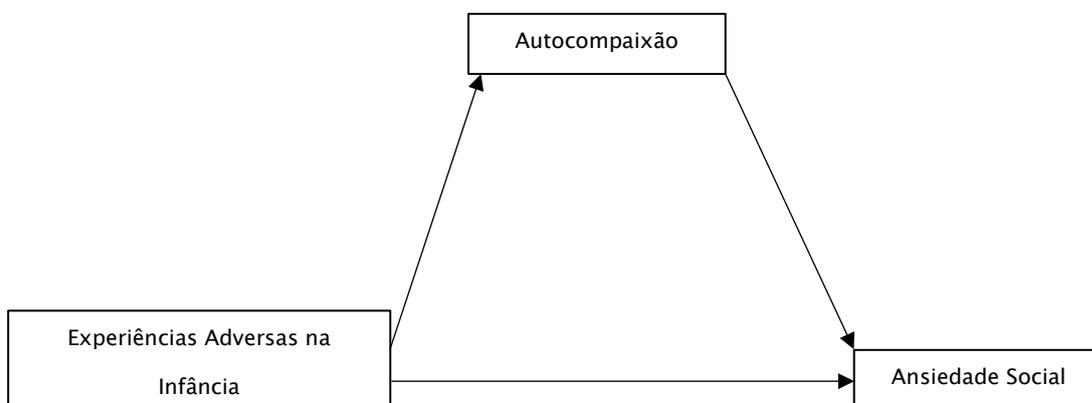


Figura 2

Segunda proposta de mediação simples, teste do efeito mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social.



Resultados

As variáveis deste estudo foram sujeitas a análises exploratórias. A distribuição foi considerada razoavelmente normal e foram mantidos três outliers presentes na escala de autocompaixão de forma a manter a validade ecológica da amostra.

Comparação de médias

O Quadro 1 apresenta as médias de rapazes e raparigas nas variáveis em análise: experiências adversas na infância, autocompaixão, depressão e ansiedade social, apresentando também a magnitude do efeito da diferença entre as médias dos grupos (rapazes e raparigas). Apenas a média de experiências adversas na infância não difere de forma estatisticamente significativa entre os dois grupos, as restantes médias apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com as raparigas a apresentarem maiores níveis de ansiedade e depressão e menores níveis de autocompaixão. A magnitude do efeito da diferença entre médias é alto para a ansiedade social, médio na autocompaixão, baixo na depressão e muito baixa nas experiências adversas na infância.

Quadro 1

Médias, Desvios Padrão e Análises Comparativas

| | Raparigas | Rapazes | <i>t</i> | <i>Cohen's d</i> |
|---------------|---------------|---------------|----------|------------------|
| | <i>M (DP)</i> | <i>M (DP)</i> | | |
| Experiências | | | | |
| Adversas na | 40.38 (14.90) | 37.64 (12.78) | 1.08 | 0.19 |
| Infância | | | | |
| Autocompaixão | 2.74 (0.66) | 3.11 (0.45) | -3.88** | -0.64 |
| Depressão | 9.43 (6.91) | 6.46 (5.04) | 2.84* | 0.47 |
| Ansiedade | | | | |
| Social | 57.53 (16.62) | 43.24 (14.99) | 4.33** | 0.89 |

* $p < .01$. ** $p < .001$

Análises de correlação

O Quadro 2 apresenta a análise das correlações bi-variadas entre experiências adversas na infância, autocompaixão, ansiedade social e depressão. Todas as variáveis se mostraram significativamente associadas entre si com uma magnitude de efeito moderada. A autocompaixão demonstrou uma associação negativa com experiências adversas na infância, ansiedade social e depressão, enquanto experiências adversas na infância demonstrou uma associação positiva com ansiedade social e depressão, confirmando H1.

Quadro 2

Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis em Estudo

| Variáveis | <i>M(SD)</i> | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------------|---------------|-------|-------|------|
| 1 Experiências Adversas na Infância | 39.34 (14.90) | . | | |
| 2 Autocompaixão | 2.88 (0.61) | -.40* | - | |
| 3 Depressão | 8.30 (6.40) | .41* | -.57* | - |
| 4 Ansiedade Social | 52.40 (17.40) | .34* | -.39* | .61* |

* $p < .001$

O efeito mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão

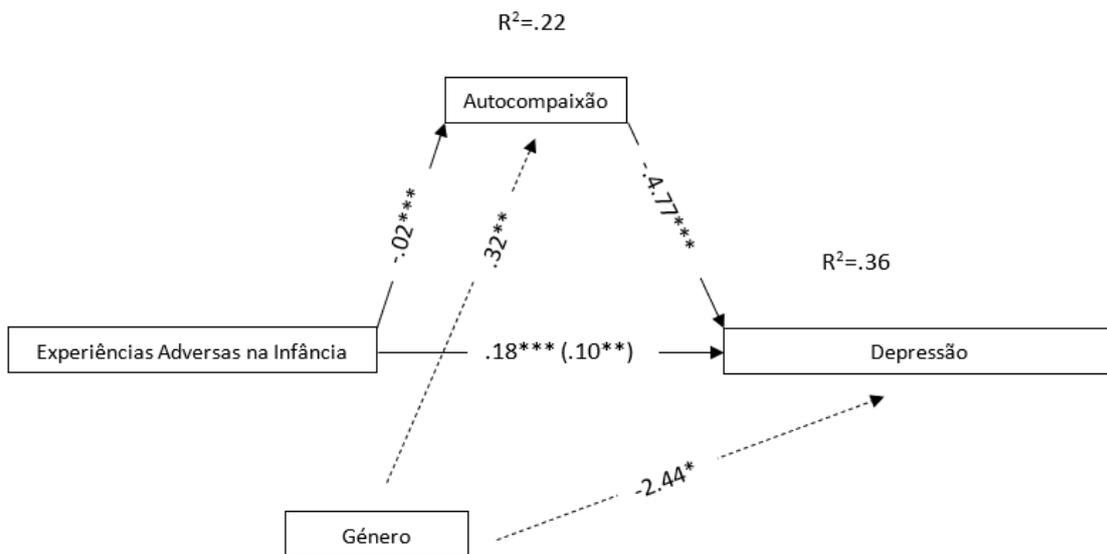
Foi usado o PROCESS para SPSS (version 4.1; Hayes, 2022) para analisar se experiências adversas na infância seriam preditoras de depressão através do efeito da autocompaixão (H2). Tendo em conta as diferenças significativas entre géneros nas variáveis em análise, a variável género foi controlada, entrando no modelo como covariável.

Como indicado no Quadro 3 e representado na Figura 3, a autocompaixão apresentou uma associação negativa significativa com experiências adversas na infância e uma relação positiva significativa com o género, que explicaram 22% da sua variância. O efeito direto da

autocompaixão na depressão foi negativo e significativo. O efeito total de experiências adversas na infância na depressão foi significativo e positivo, enquanto a variável gênero apresentou um efeito negativo significativo com depressão, ambos explicando 20% da sua variância. O efeito indireto das experiências adversas na infância em depressão através da autocompaixão foi positivo e significativo, explicando 36% da variância. Por sua vez, na presença da autocompaixão, a variável gênero perdeu a sua significância na explicação da depressão. O efeito direto das experiências adversas na infância na depressão continuou significativo, mas de menor grandeza quando comparado com o seu valor antes da introdução do mediador, revelando a existência de uma mediação parcial por parte da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão. Confirmando H2.

Figura 3

Efeitos diretos, indireto e total da primeira proposta de mediação simples, teste do efeito mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão.



* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Nota: Os valores apresentados para os caminhos representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na ligação entre experiências adversas na infância e ansiedade social, o valor dentro dos parêntesis representa o efeito direto e o valor fora dos parêntesis representa o efeito total dessa relação.

Quadro 3

Resumo dos Efeitos Diretos, Indireto e Total do Primeiro Modelo de Mediação Simples (Modelo 4 Process)

| Efeitos Diretos | β | SE | t | p | 95%IC |
|--|--------------|------|-------|--------|-------------|
| Experiências Adversas na Infância -> Depressão | .10 (.22) | .04 | 2.84 | < .01 | .03/.17 |
| Experiências Adversas na Infância -> Autocompaixão | -.02 (-.38) | .003 | -4.79 | < .001 | -.02/-.01 |
| Autocompaixão -> Depressão | -4.77 (-.48) | .84 | -5.67 | < .001 | -6.43/-3.11 |
| Gênero -> Depressão | -.92 (-.07) | .98 | -.94 | .35 | -2.85/1.01 |
| Gênero -> Autocompaixão | .32 (.25) | 0.10 | 3.23 | < .01 | .12/.51 |

| Efeito Indireto | β | SE | t | p | 95%IC |
|---|---------|-----|---|---|---------|
| Experiências Adversas na Infância -> Autocompaixão -> Depressão | .08 | .02 | - | - | .05/.11 |

| Efeito Total | β | SE | t | p | 95%IC |
|--|--------------|------|-------|--------|------------|
| Experiências Adversas na Infância -> Depressão | .18 (.39) | .04 | 4.92 | < .001 | .11/.25 |
| Gênero -> Depressão | -2.44 (-.19) | 1.05 | -2.33 | .02 | -4.51/-.37 |

Note: β – valores não estandardizados fora de parêntesis e valores estandardizados dentro de parêntesis; SE = Erro Padrão; p = significância estatística; IC= Intervalo de confiança

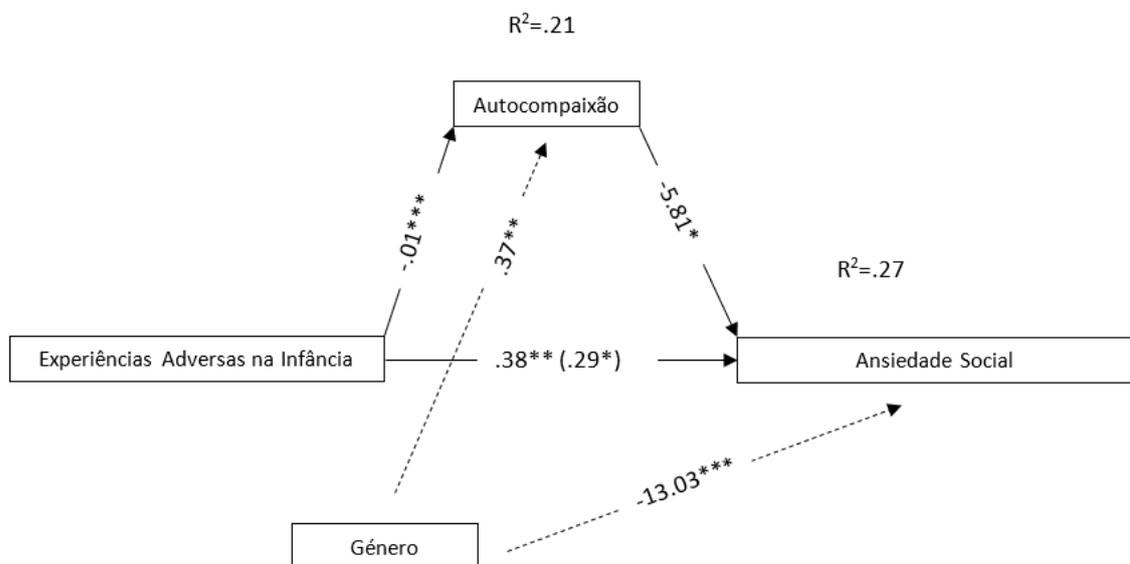
O efeito mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social

Foi testado um segundo modelo de mediação simples de forma a analisar se experiências adversas na infância seriam preditoras de ansiedade social através da autocompaixão (H3), quando controlada a variável gênero. Como indicado no Quadro 4 e representado na Figura 4, a autocompaixão apresentou uma associação negativa significativa com experiências adversas na infância e uma relação positiva significativa com o gênero, que explicaram 21% da sua variância. O efeito direto da autocompaixão na ansiedade social foi negativo e significativo. O efeito total de experiências adversas na infância em ansiedade social foi significativo e positivo, por sua vez, a variável gênero apresentou um efeito negativo

significativo com ansiedade social, com estas variáveis a explicarem 24% da variância observada na ansiedade social. O efeito direto das experiências adversas na infância na ansiedade social manteve-se positivo e significativo embora de menor grandeza. Contudo, o efeito indireto das experiências adversas na infância na ansiedade social através da autocompaixão não foi significativo. Não se verificou, assim, uma mediação da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social quando controlada a variável género. Não confirmando H3.

Figura 4

Efeitos diretos, indireto e total da segunda proposta de mediação simples, teste do efeito mediador da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social.



* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Nota: Os valores apresentados para os caminhos representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na ligação entre experiências adversas na infância e ansiedade social, o valor dentro dos parêntesis representa o efeito direto e o valor fora dos parêntesis representa o efeito total dessa relação.

Quadro 4

Resumo dos Efeitos Diretos, Indireto e Total do Segundo Modelo de Mediação Simples (Modelo 4 Process)

| Efeitos Diretos | β | SE | t | p | 95%IC |
|---|---------------|------|-------|-------|--------------|
| Experiências Adversas na Infância -> Ansiedade Social | .29 (.24) | .12 | 2.55 | .01 | .07/.52 |
| Experiências Adversas na Infância -> Autocompaixão | -.01 (-.33) | .004 | -3.63 | <.001 | -.02/-.006 |
| Autocompaixão -> Ansiedade Social | -5.81 (-.20) | 2.84 | -2.05 | 0.04 | -11.44/-.17 |
| Gênero -> Autocompaixão | .37 (.30) | .11 | 3.33 | <.01 | .15/.59 |
| Gênero -> Ansiedade Social | -10.90 (-.30) | 3.29 | -3.32 | <.01 | -17.43/-4.38 |

| Efeito Indireto | β | SE | t | p | 95%IC |
|--|---------|-----|---|---|-----------|
| Experiências Adversas na Infância -> Autocompaixão -> Ansiedade Social | .08 | .04 | - | - | -.001/.16 |

| Efeito Total | β | SE | t | p | 95%IC |
|---|-----------|------|-------|-------|--------------|
| Experiências Adversas na Infância -> Ansiedade Social | .38 (.30) | .11 | 3.41 | <.01 | .16/.59 |
| Gênero -> Ansiedade Social | -13.03 | 3.17 | -4.12 | <.001 | -19.32/-6.75 |

Nota: β – valores não estandardizados fora de parêntesis e valores estandardizados dentro de parêntesis; SE = Erro Padrão; p = significância estatística; IC= Intervalo de confiança

Discussão

Tendo em conta a relevância das experiências adversas na infância nos níveis de sintomatologia psicopatológica, a relação entre autocompaixão e psicopatologia e o risco inerente à pertença a um grupo de jovens institucionalizados, o objetivo deste estudo foi testar um modelo de mediação que permitisse clarificar a função da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância, conceptualizadas como memórias atuais de submissão, ameaça, desvalorização e psicopatologia internalizante, nomeadamente depressão e ansiedade social. As correlações encontradas foram no sentido esperado, com

experiências adversas na infância a associarem-se positivamente com depressão e ansiedade social e autocompaixão a associar-se negativamente com experiências adversas na infância, depressão e ansiedade social. Todas as correlações foram de grau moderado (H1). Foi encontrado um efeito de mediação parcial na relação entre experiências adversas na infância e depressão (H2), no entanto, não se existiu mediação na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social (H3).

A associação entre experiências adversas na infância e autocompaixão tem sido amplamente estudada, com os resultados apresentados por diversos estudos, incluindo múltiplas meta-análises, no mesmo sentido dos resultados obtidos nesta amostra de jovens institucionalizados (Castilho et al., 2015; Egan et al., 2022; MacBeth & Gumley, 2012; Muris & Petrocchi, 2017), sendo possível encontrar, na literatura, diversas hipóteses explicativas para esta associação.

A nível neurobiológico, sabe-se, atualmente, que experiências adversas na infância são passíveis de provocar, durante o desenvolvimento da criança, alterações significativas em várias estruturas cerebrais responsáveis pelo processamento emocional, provocando uma maior ativação nos caminhos mediadores de stress como o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e atrofia em estruturas como a amígdala, hipotálamo e córtex frontal (Sala et al., 2020; Teicher et al., 2002). Por sua vez, estas alterações estão associadas a funções executivas debilitadas e a uma maior reatividade emocional a situações de perigo, com crianças sujeitas a maus-tratos a apresentarem uma maior atenção dirigida a pistas ambientais de perigo (Heleniak et al., 2016; Lund et al., 2020). Outros estudos, mostram que o aumento da reatividade emocional está associada à diminuição da acessibilidade a estratégias de regulação emocional adaptativas, como a aceitação da experiência emocional ou reavaliação cognitiva (Diedrich et al., 2016) e ao aumento do uso de estratégias passivas, aprendidas na infância, como o evitamento e a ruminação (Mor & Winquist, 2002).

Paralelamente, durante o período da infância, as experiências de vinculação com figuras significativas influenciam a formação de modelos internos dinâmicos, acerca de si e dos outros, que guiam, a partir daí, a forma como a criança experiêcia a interação social (Bowlby, 1969), existindo também evidências que maus tratos na infância estão relacionados

com dificuldades afetivas, baixa auto-estima, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, dificuldades na persecução de objetivos pessoais, mau desempenho escolar, baixa autonomia e problemas de saúde física (Cicchetti & Toth, 1998, 2015).

Gilbert (2003) refere, na sua teoria de Ranking Social, que experiências adversas na infância que induzam sentimentos de ameaça, subordinação e desvalorização, podem levar a maior autocrítica e vergonha, esta teoria é reforçada pelas descobertas de Cheung e colaboradores (2004), que obtiveram associações elevadas entre vergonha e ranking social. Um estudo de Castilho e colaboradores (2014) mostrou, ainda, que a relação entre sentimentos de vergonha e psicopatologia é mediada pela autocrítica, em especial, o tipo de autocrítica que tem como função apenas o ataque do self com intuito de o subjugar.

A associação entre experiências adversas na infância e menores níveis de autocompaixão, encontra suporte numa recente meta-análise de Zhang e colaboradores (2021), que apresenta uma relação negativa entre os diversos tipos de abuso na infância e autocompaixão. Sabe-se, ainda, que adolescentes que recordam memórias de calor, segurança e conexão apresentam maiores níveis de autocompaixão (Cunha et al., 2013). Por outro lado, adolescentes que apresentam memórias de submissão, desvalorização e ameaça tendem a ter níveis mais baixos de autocompaixão (Matos et al., 2020; Pinto-Gouveia & Matos, 2011). Uma possível explicação, para o desenvolvimento destes menores níveis de autocompaixão, parece ser o modelamento da relação parental abusiva, transportada para a relação self-self (Castilho et al., 2014; Heleniak et al., 2016). Esta forma crítica é contrária à definição de gentileza com o próprio, presente na autocompaixão e leva diretamente a níveis mais baixos da mesma (Neff, 2003).

A associação entre menores níveis de autocompaixão e maiores níveis de psicopatologia tem, também, forte embasamento na literatura existente (Athanasakou et al., 2020; Egan et al., 2022; MacBeth & Gumley, 2012; Muris & Petrocchi, 2017; Neff & McGehee, 2010; Pullmer et al., 2019). Altos níveis de autocompaixão, são vistos como um facilitador do acesso às estratégias de regulação emocional adaptativas (Castilho et al., 2017; Diedrich et al., 2016; Gilbert, 2009). Em contrapartida, baixos níveis de compaixão deixam os jovens à mercê de estratégias de regulação emocional menos adaptativa (Blackie & Kocovski, 2018;

Diedrich et al., 2016; Neff & McGehee, 2010). Este tipo de desregulação, por sua vez, está amplamente relacionada com o desenvolvimento e manutenção de ansiedade social e depressão (Dryman & Heimberg, 2018; Heleniak et al., 2016).

Whelton e Greenberg (2005), encontraram associações positivas entre maiores níveis de autocrítica, sentimentos de submissão, tristeza, vergonha e dificuldades na defesa do self. Atualmente, sabe-se que níveis elevados de autocrítica e vergonha, característica comum em jovens com baixos níveis de autocompaixão, estão amplamente relacionados com depressão e ansiedade social, sendo a intensidade da autocrítica um indicador da severidade da psicopatologia (Callow et al., 2021; Gilbert, 2000; Pinto-Gouveia & Matos, 2011).

Os estudos apresentados estão também em linha com os resultados encontrados nas análises de mediação realizadas. De facto, nestas análises, experiências adversas na infância previram de forma estatisticamente significativa maiores níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade social e menores níveis de autocompaixão. Menores níveis de autocompaixão, previram de forma significativa, maiores níveis de ansiedade social e maiores níveis de depressão. No entanto, só se verificou uma mediação parcial da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e depressão. Estes resultados, apontam para que o impacto negativo das experiências adversas na infância nos níveis de autocompaixão ajudem a explicar a forma como experiências adversas na infância impactam a depressão. No mesmo sentido dos resultados do nosso estudo, também, um estudo de Liu e Hu (2020) encontrou um papel de mediação parcial da autocompaixão, na relação entre um estilo parental severo e sintomatologia depressiva. Outro estudo, revelou a existência de uma mediação parcial da autocompaixão, nas relações entre stress, afeto negativo, angústia e sintomatologia depressiva (Fong & Loi, 2016). Ambos os estudos apontam para que menores níveis de autocompaixão ajudem a explicar maiores níveis de sintomatologia depressiva. Não conseguimos encontrar nenhum estudo que analisasse diretamente a função da autocompaixão, na relação entre algum tipo de experiência adversa na infância e ansiedade social, sendo o mais próximo um estudo de Chi e colaboradores (2022) que analisou a relação entre experiências adversas na infância e sintomas ansiosos, tendo encontrado uma moderação parcial por parte da autocompaixão nessa relação.

Tendo em conta os resultados dos estudos mencionados, na exposição das diversas associações entre variáveis, podemos colocar a hipótese que, em parte, o impacto das experiências adversas nos níveis de psicopatologia se deve ao desenvolvimento de vulnerabilidades neurobiológicas e cognitivas (Kraaijenvanger et al., 2020; Lund et al., 2020; McCrory et al., 2017; Sala et al., 2020; Teicher et al., 2002), que tornam mais difícil o acesso a estratégias de regulação emocional adaptativas, e mais fácil o acesso a estratégias de regulação emocional como o evitamento e a ruminação, através do enviesamento atencional para pistas de perigo e da maior reatividade emocional (Diedrich et al., 2016; Heleniak et al., 2016). Por sua vez o uso destas estratégias, inicialmente as únicas disponíveis na posição de submissão em que o jovem se encontrava (Gilbert, 2010), constitui no presente um fator de desenvolvimento e manutenção de psicopatologia (Krieger et al., 2013). As alterações neurobiológicas, para além das dificuldades de regulação emocional, afetam, ainda, as funções executivas, como, memória, atenção e inibição de comportamentos (Cicchetti & Toth, 2015; Lund et al., 2020), o que pode expor os jovens a uma maior possibilidade de fracasso escolar, maior exposição à crítica, a comportamentos de risco e a rejeição social (Trossman et al., 2021). Isto pode ser uma explicação, por exemplo, para a alta taxa de insucesso escolar encontrada nesta amostra. Por fim, experiências adversas na infância podem originar uma identidade negativa, e uma relação self-self baseada na autocrítica (Cheng & Furnham, 2004; Gilbert et al., 2003). Esta subjugação à autocrítica torna-se especialmente patológica quando os modelos internos dinâmicos acerca dos outros não permitem a procura de apoio fora do self e um sentimento de humanidade comum, levando ao isolamento (Neff, 2003).

Por sua vez, a redução dos níveis de autocompaixão na presença de experiências adversas na infância, pode-se dever ao modelamento que o abuso parental teve na relação self-self (Castilho et al., 2014). Ou seja, estes jovens, em momentos de dificuldade pessoais foram tratados pelos seus pais de forma crítica, fria, violenta e coerciva. No futuro, quando confrontados com falhas pessoais ou sentimentos de inadequação, a sua atitude perante si mesmos, será de crítica e vergonha, ao invés da forma gentil, compreensiva que preconiza a autocompaixão.

Os baixos níveis de autocompaixão acabam por reforçar a dificuldade no uso de estratégias de regulação emocional adaptativas, aumentando o uso de estratégias associadas com a depressão, como é o caso da ruminação (Diedrich et al., 2016; Krieger et al., 2013). Menor autocompaixão diminui, também, a proteção contra a elevada autocrítica associadas a uma identidade negativa, sentimentos de inferioridade, inadequação e vergonha (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009; Neff, 2003). Exponenciando os efeitos, já referidos, das experiências adversas na infância.

Na nossa análise de mediação, o género foi usado como covariável, devido às diferenças de género significativas encontradas ao nível da autocompaixão, depressão e ansiedade social, com as raparigas a apresentarem menores níveis de autocompaixão e maiores níveis de ansiedade social e depressão. O género feminino foi, assim, sem surpresa um preditor significativo de menores níveis de autocompaixão e maiores níveis de ansiedade social e depressão. No entanto, em conjunto com a autocompaixão deixa de ser um preditor significativo na relação entre experiências adversas e depressão. Pelo contrário, no caso da ansiedade social, aparenta explicar maior percentagem de variação que a autocompaixão, o que pode explicar a não mediação da autocompaixão na relação entre experiências adversas na infância e ansiedade social.

Estes resultados estão de acordo com uma revisão sistemática de Pullmer e colaboradores (2019), onde foi possível observar níveis mais elevados de depressão e menores níveis de autocompaixão em raparigas com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, quando comparadas com rapazes da mesma idade. O mesmo viés já tinha sido verificado em populações adultas (Culbertson, 1997). Para além da sintomatologia depressiva, também a ansiedade social é mais prevalente no sexo feminino (Asher & Aderka, 2018; Bahrami & Yousefi, 2011; Gao et al., 2020). A literatura existente apresenta como possíveis causas para esta maior vulnerabilidade à psicopatologia ansiosa e depressiva, a maior tendência do sexo feminino para a autocrítica, isolamento, sobre identificação e ruminação (Cunha et al., 2016; La Greca & Lopez, 1998; Neff & McGehee, 2010). Esta tendência parece estar associada a um senso de identidade mais interdependente, tornando as raparigas mais vulneráveis à possível avaliação negativa dos seus comportamentos e aparência (Bolognini et

al., 1996). O mesmo autor refere, ainda, que a auto-estima no sexo feminino é mais global e permeável, com um único domínio negativo a poder afetar a visão global de si mesmas. Por sua vez, no sexo masculino a auto-estima tende a ser mais estanque, com os diversos domínios a serem alvos de uma avaliação mais individual.

Uma das limitações deste estudo é o seu design transversal, que não permite afirmar uma relação causa efeito direta, deixando, por exemplo, a dúvida se menores níveis de autocompaixão são a causa de maiores níveis de psicopatologia ou se pelo contrário são os maiores níveis de psicopatologia que afetam negativamente os níveis de autocompaixão. Outra possível limitação é o uso de questionários de autorresposta. Sabe-se que a recordação de sentimentos passados, pode ser influenciada pelo estado de humor atual (Salovey & Singer, 1989). No entanto, autorrelatos de adolescentes são considerados, no geral, uma forma fidedigna de recolha de dados e a recordação de comportamento parental é menos influenciada por estados passageiros de humor que outro tipo de memórias (Gilbert et al., 2003). No mesmo sentido, o uso de uma escala que mede sentimentos e não comportamentos parentais pode baixar as defesas dos adolescentes, permitindo-lhes ser mais genuínos (Gouveia et al., 2016). Este facto é especialmente importante neste tipo de amostra, onde os adolescentes estão institucionalizados, muitas vezes contra a sua vontade, devido ao comportamento parental. Ao mesmo tempo, todas as escalas usadas apresentaram uma boa consistência interna para o valor total da escala. Futuros estudos beneficiariam de um design longitudinal e de uma análise de variação das diversas subescalas ao longo do tempo, de forma a aumentar o poder explicativo das relações analisadas. Desta forma, seria possível perceber mais explicitamente o sentido das relações existentes.

Concluindo, no geral, este estudo aponta para que experiências adversas na infância, que eliciam memórias de ameaça, submissão e desvalorização, sejam responsáveis por menores níveis de autocompaixão, sendo este um dos caminhos pelos quais esta amostra de jovens adolescentes institucionalizados desenvolve sintomas de depressão. No entanto, estes menores níveis de autocompaixão não parecem influenciar, com igual intensidade, os níveis de ansiedade social, possivelmente, devido a um impacto superior da variável género no segundo modelo de mediação. Ainda assim, tendo em conta as relações explicadas pelas

variáveis deste estudo, em conjunto com a aparente capacidade de programas terapêuticos em influenciar o crescimento dos níveis de autocompaixão (Egan et al., 2022; Germer & Neff, 2013), parece existir evidência suficiente no sentido de afirmar que intervenções focadas na autocompaixão podem ter um papel determinante na prevenção de psicopatologia e aumento de bem-estar, em especial neste tipo de população de risco. Este papel pode ser especialmente relevante no desenvolvimento de sintomatologia depressiva, como forma de atenuar o impacto de experiências adversas na infância.

Referências Bibliográficas

- Ahmed, N., & Bhutto, Z. H. (2016). Relationship between Parenting Styles and Self Compassion in Young Adults. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 441+. Gale Academic OneFile.
- Asher, M., & Aderka, I. M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1730–1741. <https://doi.org/10.1002/jclp.22624>
- Athanasakou, D., Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Lakioti, A., & Stalikas, A. (2020). Self-Compassion in Clinical Samples: A Systematic Literature Review. *Psychology*, 11(02), 217–244. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.112015>
- Bahrami, F., & Yousefi, N. (2011). Females are more anxious than males: A metacognitive perspective. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5(2), 83–90.
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect regulation training: A practitioners' manual*. Springer.
- Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2018). Examining the Relationships Among Self-Compassion, Social Anxiety, and Post-Event Processing. *Psychological Reports*, 121(4), 669–689. <https://doi.org/10.1177/0033294117740138>
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19(3), 233–245. <https://doi.org/10.1006/jado.1996.0022>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1*. Basic Books.
- Callow, T. J., Moffitt, R. L., & Neumann, D. L. (2021). External shame and its association with depression and anxiety: The moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, 56(1), 70–80. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890984>

- Carta Social. (2022). *Nomenclaturas e conceitos—Carta Social*.
<https://www.cartasocial.pt/nomenclaturas-e-conceitos>
- Castilho, P., Carvalho, S. A., Marques, S., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-Compassion and Emotional Intelligence in Adolescence: A Multigroup Mediation Study of the Impact of Shame Memories on Depressive Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(3), 759–768. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0613-4>
- 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: Recall of Threat and Submissiveness in Childhood and Psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *21*(1), 73–81.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1821>
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample: Factor Analysis of the Long and Short Self-Compassion Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(9), 856–870. <https://doi.org/10.1002/jclp.22187>
- Cheng, H., & Furnham, A. (2004). Perceived Parental Rearing Style, Self-Esteem and Self-Criticism as Predictors of Happiness. *Journal of Happiness Studies*, *5*(1), 1–21.
<https://doi.org/10.1023/B:JOHS.0000021704.35267.05>
- Chi, X., Jiang, W., Guo, T., Hall, D. L., Luberto, C. M., & Zou, L. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and anxiety symptoms among Chinese adolescents: The role of self-compassion and social support. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02534-5>

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, *53*(2), 221–241. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.221>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2015). Child Maltreatment. Em R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (pp. 1–51). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy313>
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, *45*(12), 1304–1312. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.12.1304>
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender: An international review. *American Psychologist*, *52*(1), 25–31. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.1.25>
- Cunha, M., Martinho, M. I., Xavier, A. M., & Espírito Santo, H. (2013). Early memories of positive emotions and its relationships to attachment styles, self-compassion and psychopathology in adolescence. *European Psychiatry*, *28*, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76444-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76444-7)
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. do C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psicologica*, *35*, 245–263.
- Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*, *93*, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.023>
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P., & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *82*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.04.003>

- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review, 65*, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., & Finlay-Jones, A. (2022). A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 49*(3), 385–403. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fong, M., & Loi, N. M. (2016). The Mediating Role of Self-compassion in Student Psychological Health. *Australian Psychologist, 51*(6), 431–441. <https://doi.org/10.1111/ap.12185>
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders, 263*, 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10th ed.)* Pearson
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice: Self-Compassion. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>

- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 174–189.
[https://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U)
- Gilbert, P. (2005). *Compassion conceptualisations, research and use in psychotherapy*.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. Cambridge Core.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P., Cheung, M. S.-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 108–115. <https://doi.org/10.1002/cpp.359>
- Goldenson, J., Kitollari, I., & Lehman, F. (2021). The Relationship Between ACEs, Trauma-Related Psychopathology and Resilience in Vulnerable Youth: Implications for Screening and Treatment. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 151–160.
<https://doi.org/10.1007/s40653-020-00308-y>
- Gouveia, J. P., Xavier, A., & Cunha, M. (2016). Assessing Early Memories of Threat and Subordination: Confirmatory Factor Analysis of the Early Life Experiences Scale for Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 54–64.
<https://doi.org/10.1007/s10826-015-0202-y>
- Hayes, A. F. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2^o Ed.). Guilford Publications.

- Harwood, E. M., & Kocovski, N. L. (2017). Self-Compassion Induction Reduces Anticipatory Anxiety Among Socially Anxious Students. *Mindfulness*, *8*(6), 1544-1551. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0721-2>
- Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, *40*(3), 394-415. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z>
- Instituto Segurança Social. (2020). *CASA 2020: Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. <http://www.seg-social.pt/>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, *48*(6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kraaijenvanger, E. J., Pollok, T. M., Monninger, M., Kaiser, A., Brandeis, D., Banaschewski, T., & Holz, N. E. (2020). Impact of early life adversities on human brain functioning: A coordinate-based meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *113*, 62-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.008>
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behavior Therapy*, *44*(3), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>

- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(2), 83–94. <https://doi.org/10.1023/A:1022684520514>
- Liu, Q.-Q., & Hu, Y.-T. (2020). Self-compassion mediates and moderates the association between harsh parenting and depressive symptoms in Chinese adolescent. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01034-2>
- Lund, J. I., Toombs, E., Radford, A., Boles, K., & Mushquash, C. (2020). Adverse Childhood Experiences and Executive Function Difficulties in Children: A Systematic Review. *Child Abuse & Neglect*, *106*, 104485. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104485>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *32*(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Mackintosh, K., Power, K., Schwannauer, M., & Chan, S. W. Y. (2018). The Relationships Between Self-Compassion, Attachment and Interpersonal Problems in Clinical Patients with Mixed Anxiety and Depression and Emotional Distress. *Mindfulness*, *9*(3), 961–971. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0835-6>
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents—A Meta-analysis. *Mindfulness*, *9*(4), 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Matos, M., Steindl, S., Gilbert, P., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Shame Memories That Shape Who We Are. Em J. N. Kirby & P. Gilbert (Eds.), *Making an Impact on Mental Health and Illness* (1.^a ed., pp. 97–126). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429244551-5>

- McCrory, E. J., Gerin, M. I., & Viding, E. (2017). Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(4), 338–357. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12713>
- Mor, N., & Winkvist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *128*(4), 638–662. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.638>
- Muris, P., Otgaar, H., Meesters, C., Heutz, A., & van den Homborgh, M. (2019). Self-compassion and Adolescents' Positive and Negative Cognitive Reactions to Daily Life Problems. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(5), 1433–1444. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01353-4>
- 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: Self-compassion: Protection or vulnerability? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, *9*(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Nusslock, R., & Miller, G. E. (2016). Early-Life Adversity and Physical and Emotional Health Across the Lifespan: A Neuroimmune Network Hypothesis. *Biological Psychiatry*, *80*(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.05.017>

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psycologica, 36*.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology, 25*(2), 281–290. <https://doi.org/10.1002/acp.1689>
- Poletti, S., Colombo, C., & Benedetti, F. (2014). Adverse childhood experiences worsen cognitive distortion during adult bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry, 55*(8), 1803–1808. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.013>
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect, 64*, 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence, 74*(1), 210–220. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.006>
- Putnam, F. W. (2006). The Impact of Trauma on Child Development. *Juvenile and Family Court Journal, 57*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2006.tb00110.x>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 175*(11), 1142. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Sala, M., Delvecchio, G., & Brambilla, P. (2020). Neuroimaging and Cognition of Early Traumatic Experiences. Em G. Spalletta, D. Janiri, F. Piras, & G. Sani (Eds.), *Childhood*

- Trauma in Mental Disorders* (pp. 29–62). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-49414-8_3
- Salgado, A. J., & Salgado, A. M. (Eds.). (1996). *Registos dos reinados de D. João II e de D. Manuel I* (Ed. fac-similada). Ministério da Saúde.
- Salovey, P., & Singer, J. A. (1989). Mood Congruency Effects in Recall of Childhood Versus. *Journal of Social Behavior and Personality*, *4*(2), 99.
- Simões, M. R. (1994). Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra.
- Spear, L. P. (2009). Heightened stress responsivity and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, *21*(1), 87–97. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000066>
- Spillane, N. S., Schick, M. R., Goldstein, S. C., Nalven, T., & Kahler, C. W. (2022). The protective effects of self-compassion on alcohol-related problems among first nation adolescents. *Addiction Research & Theory*, *30*(1), 33–40.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1902994>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses: Prevalence of Child Maltreatment across the Globe. *Child Abuse Review*, *24*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, *47*, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>

- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., & Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect, 35*(10), 887–898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.003>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 25*(2), 397–426. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00003-X)
- Trossman, R., Spence, S.-L., Mielke, J. G., & McAuley, T. (2021). How do adverse childhood experiences impact health? Exploring the mediating role of executive functions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(2), 206–213. <https://doi.org/10.1037/tra0000965>
- United Nations. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*.
- Veiga, D., Trindade, I., & Ferreira, C. (2019). Efeitos da vergonha em sintomas depressivos em pessoas com e sem doença física crónica: Os papéis mediadores da autocompaixão e da ação comprometida. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 5*(2), 1–18. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.2.153>
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The Protective Role of Self-Compassion on Risk Factors for Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *School Mental Health, 8*(4), 476–485. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9197-9>
- Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development, 2006*(111), 13–28. <https://doi.org/10.1002/yd.179>

Zhang, H., Li, J., Sun, B., & Wei, Q. (2021). Effects of Childhood Maltreatment on Self-Compassion: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802110438. <https://doi.org/10.1177/15248380211043825>

Anexos

Anexo 1

Características Sociodemográficas Dividida por Sexo dos Participantes

| | Raparigas n= 83 | | | Rapazes n= 50 | | |
|---|--------------------|------|-----------------|------------------|------|-----------------|
| | <i>n</i> | % | <i>M(DP)</i> | <i>n</i> | % | <i>M(DP)</i> |
| Idade | | | | | | |
| 13 | 2 | 2.4 | | 0 | 0 | |
| 14 | 14 | 16.9 | | 7 | 14 | |
| 15 | 26 | 31.3 | 15.65 (1.27) | 4 | 8 | 16.08 (1.10) |
| 16 | 16 | 19.3 | | 20 | 40 | |
| 17 | 19 | 22.9 | | 16 | 32 | |
| 18 | 6 | 7.2 | | 3 | 6 | |
| Anos de escolaridade frequentado | | | | | | |
| 6 | 1 | 1.2 | | 2 | 4 | |
| 7 | 5 | 6 | | 7 | 14 | |
| 8 | 17 | 20.5 | | 11 | 22 | |
| 9 | 22 | 26.5 | 9.37 (1.37) | 13 | 26 | 8.98 (1.55) |
| 10 | 21 | 25.3 | | 6 | 12 | |
| 11 | 11 | 13.3 | | 9 | 18 | |
| 12 | 6 | 7.2 | | 2 | 4 | |
| Número de reprovações | | | | | | |
| 0 | 22 | 29.7 | | 4 | 8.5 | |
| 1 | 32 | 43.2 | 1.04 (0.91) | 15 | 31.9 | 1.89 (1.15) |
| 2 | 17 | 23.0 | | 15 | 31.9 | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|----|-------|--------|----|------|---------|
| 3 | 1 | 1.4 | | 9 | 19.1 | |
| 4 | 2 | 2.7 | | 3 | 6.4 | |
| 5 | 0 | 0 | | 1 | 2.1 | |
| Número de institucionalizações | | | | | | |
| 1 | 62 | 74.7 | | 37 | 74 | |
| 2 | 18 | 21.7 | 1.34 | 12 | 24 | 1.30 |
| 3 | 2 | 2.4 | (0.80) | 0 | 0 | (0.580) |
| + de 3 | 1 | 1.2 | | 1 | 2 | |
| Nível socioeconómico país | | | | | | |
| Baixo | 64 | 94.1 | | 44 | 97.8 | |
| Médio | 4 | 5.9 | - | 1 | 2.2 | - |
| Alto | - | - | | - | - | |
| Tipo Agregado Familiar | | | | | | |
| Intacto | 25 | 32.1 | | 10 | 20 | |
| Reconstituído | 9 | 11.5 | | 9 | 18 | |
| Monoparental | 26 | 33.3 | | 21 | 42 | |
| Alargado | 12 | 15.4 | - | 5 | 10 | - |
| Outras pessoas | 5 | 6.4 | | 5 | 10 | |
| Família adotiva | 1 | 1.3 | | - | - | |
| Tipo de ensino frequentado | | | | | | |
| Regular | 58 | 69.90 | | 19 | 38 | |
| Profissional | 25 | 30.10 | - | 31 | 62 | - |
| Apoio psicológico prévio | | | | | | |
| Sim | 61 | 85.9 | - | 29 | 65.9 | - |

Não

10

14.1

15

34.1

Nota: O estatuto socioeconómico foi definido através dos critérios de Simões (1994).

Anexo 2

E-mail

Exemplo de e-mail enviado para abordagem às instituições

Exmo. Sr.(a) Dr.(a) Diretor(a) da Instituição X

O meu nome é Bruno Miranda, sou estudante de mestrado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC). No âmbito da minha tese de mestrado, e inserido num projeto de investigação a decorrer no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da FPCEUC, pretendemos melhor compreender como as experiências anteriores e a forma como são lembradas influenciam a maneira como os adolescentes pensam, sentem e se comportam no presente. Neste sentido estamos a realizar um estudo com jovens entre os 13 e os 18 anos de idade a residir em acolhimento residencial.

Para a concretização deste estudo solicitamos a vossa autorização para que os jovens acolhidos na vossa instituição possam ser convidados a responder a alguns questionários. O preenchimento dos questionários tem uma duração aproximada de 40 minutos.

Os jovens com défice cognitivo ou necessidades educativas severas não devem ser indicados para fazer parte deste estudo.

Aguardo o vosso feedback quanto ao interesse em participar neste projeto. Para qualquer questão não hesitem em contactar-me, por e-mail ou mais diretamente através do meu número de telemóvel 91XXXXXXX.

Atenciosamente,

Bruno Miranda UC 2004003545