INÊS GONÇALVES AMARO FERREIRA DIAS

ESTUDO DESCRITIVO E COMPARATIVO ENTRE PAIS E ADOLESCENTES PORTUGUESES: SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E AUTOCOMPAIXÃO

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2021

Estudo descritivo e comparativo entre pais e adolescentes portugueses: Sintomas psicopatológicos e autocompaixão

Inês Dias

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica em Terapias Cognitivo-comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Coimbra, Outubro de 2021

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer ao ISMT, pela excelência, pela competência e pela forma acolhedora com que recebem todos os seus alunos e lhes transmitem mais do que conhecimentos académicos, valores pessoais.

A todos os Professores com que me cruzei ao longo deste percurso académico, que tanto me ensinaram, transmitiram e por todo o carinho e dedicação com que sempre me trataram.

Gostaria de fazer um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Marina Cunha, por me ter acompanhado ao longo de todo este percurso, sem nunca me deixar desistir, por todos os conhecimentos que me transmitiu, pela força e pelo exemplo, por quem nutro uma grande admiração e respeito, pela forma como esteve sempre disponível.

Ao Diogo Carreiras, por todo o apoio, orientação, transmissão de conhecimentos, motivação, força, preocupação e paciência constantes.

À Barbara, pelos seus conselhos, incentivo e apoio incondicional.

À Maria Inês, minha amiga de todas as horas, por me incentivar sempre a seguir o meu caminho e me dar confiança para tal.

À minha melhor amiga Flor, que é como família, por todo o seu companheirismo, por toda a sua enorme paciência, por nunca me ter deixado desistir mesmo nos momentos em que eu mais duvidei, pelas longas noites e dias sempre ao meu lado, por acreditar sempre em mim, a quem sou eternamente grata.

Ao Pedro, por lidar comigo nos momentos de maior pressão e por me incentivar a ser melhor todos os dias.

Aos meus pais, Paulo e Fátima, um agradecimento especial, a eles devo tudo o que sou hoje.

À minha irmã Beatriz por ser o meu maior exemplo de dedicação e trabalho.

Aos meus avós, Nando, Cila e Isilda, que são a minha fonte de força e do querer.

Por tudo, sou muito grata.

RESUMO

Introdução. A literatura tem apontado a necessidade de mais estudos que clarifiquem a possível influência dos pais no desenvolvimento da psicopatologia dos filhos. O presente estudo teve como objetivo central caracterizar os níveis de psicopatologia e de autocompaixão dos pais, dos filhos e a relação entre ambos.

Método. A amostra deste estudo foi composta por 61 díades pais-filho na qual foram avaliadas variáveis psicopatológicas (depressão, ansiedade, *stress* e sintomatologia *borderline* da personalidade), autocompaixão geral e respetivas componentes através de questionários de autorresposta.

Resultados. Quando comparadas as díades, não houve diferenças significativas entre pais e filhos relativamente ao nível de *stress.* Contudo, pais e filhos diferiram nos valores médios de sintomas de ansiedade e de depressão, reportando os filhos valores mais elevados. Relativamente à autocompaixão, pais e filhos não se distinguiram significativamente no *score* global, nas dimensões negativas da autocompaixão (Isolamento, Sobreidentificação e Autocrítica) e na dimensão positiva da Auto-bondade. Verificaram-se diferenças significativas nas dimensões positivas da Humanidade Comum e de *Mindfulness*, exibindo os filhos valores mais baixos, comparativamente aos pais. As análises correlacionais mostraram que os sintomas psicopatológicos e a autocompaixão estavam associados entre si no sentido esperado. Contudo, não encontraram associações significativas entre pais-filhos, ou seja, a sintomatologia psicopatológica e a autocompaixão dos pais não se mostrou correlacionada com a dos filhos.

Conclusões. Estes dados exploratórios apontam para a necessidade da realização de outros estudos, com desenhos e metodologias mais adequadas e afinadas, que permitam esclarecer eventuais mecanismos de influência entre pais e filhos, salientando a importância desta díade no desenvolvimento humano em geral.

Palavras-chave: díades pais-filhos/as, adolescência, sintomas psicopatológicos, traços *borderline*, autocompaixão

ABSTRACT

Introduction. The literature has pointed out the need for more studies that clarify the possible influence of parents on the development of psychopathology in their children. The central aim of the present study was to characterize the levels of psychopathology and self-compassion of parents, children, and the relationship between the two.

Method. The sample included 61 parent-child dyads in which psychopathological variables (depression, anxiety, stress and borderline personality symptomatology), global self-compassion and its components were assessed through self-report questionnaires.

Results. When dyads were compared, there were no significant differences between parents and children regarding stress levels. However, parents and children differed in the mean values of anxiety and depression symptoms, with children reporting higher values. Regarding self-compassion, parents and children did not differ significantly in the overall score, in the negative dimensions of self-compassion (Isolation, Overidentification, and Self-criticism), and in the positive dimension of Self-kindness. There were significant differences in the positive dimensions of Common Humanity and Mindfulness, with children exhibiting lower values compared to their parents. Correlational analyses showed that psychopathological symptoms and self-compassion were associated with each other in the expected sense. However, they found no significant parent-child associations, i.e., the psychopathological symptomatology and self-compassion of parents was not shown to correlate with that of their children.

Conclusions. These exploratory data point to the need for further studies, with more adequate and refined designs and methodologies, to clarify possible mechanisms of influence between parents and children, highlighting the importance of this dyad in human development in general.

Key words: parent-child dyads, adolescence, psychopathological symptoms, borderline traits, self-compassion

INTRODUÇÃO

As relações entre pais e filhos/as são fundamentais para o desenvolvimento psicológico (Stafford et. al., 2016). No estudo de Stafford e colaboradores (2016), surgiram evidências de que a qualidade da relação filial aponta para consequências a curto e longo prazo, ao nível do bem-estar psicológico. Esta relação, se for pautada pelo afeto, o cuidado e o apoio, permite o desenvolvimento da autonomia e de funções psicológicas adequadas ao longo da vida da criança (Stafford et. al., 2016). Neste sentido, é defendida a ideia de que a relação parental é crucial para o bem-estar psicossocial da criança, que começa a desenvolver-se nos primeiros anos de vida (Stafford et. al., 2016). Na conceção de Minuchin (1982) a família é vista como um grupo social onde os indivíduos se relacionam entre si e estão em constante interação com o meio, surgindo desta relação o seu comportamento. Os pais influenciam os filhos, tal como os filhos influenciam os pais, sendo esta uma interação bidirecional e um sistema recíproco (Laing et al., 2010).

De acordo com vários estudos, tem-se vindo a demonstrar que competências parentais pobres ou insuficientes são um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos (Stafford et. al., 2016). Adolescentes que estão inseridos em contextos de risco psicossocial têm uma maior predisposição para o desenvolvimento de problemas psicopatológicos (Jacinto, 2019). As perturbações psicopatológicas dos pais estão associadas à psicopatologia nos filhos/as (Maciel, 2012). Os problemas comportamentais, depressão, e ansiedade nos pais, estão associados a menores cuidados preventivos das crianças e a uma maior utilização de cuidados de emergência (Serbin et. al., 2014). Perturbações mentais nos pais estão associadas a problemas comportamentais, emocionais, cognitivos e do desenvolvimento nos filhos (Maciel, 2012). Crianças que vivem num contexto de pais com psicopatologia têm um maior risco de desenvolver problemas ao nível da saúde mental, ao longo da sua vida (Maciel, 2012). Além disto, há ainda evidências que relacionam as características socioeconómicas dos pais com saúde dos seus filhos e a utilização dos cuidados de saúde (Serbin et. al., 2014). Por conseguinte, um maior apoio dos pais está associado a resultados positivos nos filhos, bem como a uma maior competência social e um melhor funcionamento psicossocial (Serbin et. al., 2014).

A combinação de um estilo parental intrusivo, com pobres cuidados parentais, poderá culminar numa maior supressão de emoções nos filhos (final da infância), numa maior inflexibilidade psicológica (no início da adolescência) e numa menor regulação emocional (no início da vida

adulta), o que se encontra associado a menos pensamentos e emoções positivas (Stafford et. al., 2016). Reconhece-se que a relação entre as práticas parentais e a personalidade da criança é suscetível de ser bidirecional (Stafford et. al., 2016). De acordo com o estudo de Marco e colaboradores (2020), os dados mostraram que as mães com sintomas depressivos apresentam fracas competências parentais, uma vez que a sua capacidade percetiva e interpretativa do comportamento dos seus filhos é afetada pela depressão, devido a sintomas como fadiga, baixa energia e perda de interesse. Estes sintomas geram uma menor recetividade das mães em práticas que envolvem a sua participação direta, uma vez que optam por estratégias de sobrevivência cognitivamente menos exigentes (Marco et., al., 2020).

A família representa uma fonte de suporte e é considerada como mediadora entre o individuo e a sociedade (Mombelli et al., 2011), sendo o primeiro contacto com o ambiente, através do qual surgem e se desenvolvem as primeiras interações e relações (Emerick & Rosso, 2020). De acordo com Mombelli e colaboradores (2011), quando a família corresponde às expectativas e necessidades do seu filho/a, este/a tem uma maior predisposição para uma boa autoestima, e uma menor probabilidade de desenvolver doenças mentais. Por exemplo, crianças pequenas que desenvolvem uma boa relação com os seus cuidadores, aprendem, desde cedo, a confiar que estes são responsáveis, previsíveis e amorosos, e transportam esta visão das relações para as suas relações futuras (Crick et al., 2005). Uma díade mãe-criança pautada por uma relação íntima, calorosa e duradoura está associada a uma boa saúde mental (Nunes & Mota, 2017).

Em contraste, as crianças que têm pais inconsistentes na sua parentalidade, desenvolvem laços inseguros com os seus progenitores, respondendo com tentativas desesperadas e contínuas de ganhar a atenção, o afeto e o apoio dos pais (acompanhadas por sentimentos de raiva, quando a criança não alcança o seu objetivo), transportando também este modelo para as restantes relações (Crick et al., 2005). Quando este segundo cenário ocorre, o resultado frequente é uma visão das relações marcada pela desconfiança, uma sensibilidade acrescida às dificuldades de relacionamento, medos e dúvidas sobre ser bem cuidada e apoiada, o que pode representar um padrão precursor para os problemas de relacionais associados a sintomatologia *borderline* da personalidade (Crick et al., 2005).

Os padrões de organização familiar e as rápidas mudanças sociais têm um papel fundamental nas alterações emocionais e podem influenciar o desenvolvimento mental saudável da criança (Mombelli et al., 2011). A maneira como os pais lidam com os seus filhos afeta diretamente o comportamento destes, podendo ter um impacto positivo ou negativo (Marques, 2014).

Ao longo do desenvolvimento humano, as pessoas tendem a aprender a tratar delas próprias como os outros as trataram no passado, logo as experiências parentais influenciam a maneira como os indivíduos se relacionam consigo próprios na idade adulta (Coelho et al., 2010). Assim, comportamentos parentais como ameaçar, envergonhar, punir, criticar, castigar e rejeitar as crianças ou sujeitá-las a posições de subordinação podem levar a uma visão negativa de si próprias, como sentirem-se indesejadas, inferiores, defeituosas e merecedoras de críticas e ataques (Coelho et al., 2010).

A família, principalmente os pais, desempenha um papel fundamental a nível da aprendizagem da socialização das emoções (Palmeira et. al., 2010). A identificação e compreensão das emoções, bem como a aprendizagem da expressão e de regulação emocional, são estratégias transmitidas desde cedo através das práticas parentais (Palmeira et. al., 2010). Palmeira e colaboradores (2010) perceberam através do seu estudo que as experiências precoces num ambiente emocional positivo permitem o desenvolvimento das competências de reconhecimento e regulação das emoções. Num ambiente familiar em que predomina a expressividade positiva, há uma maior tendência para respostas orientadoras e capacitadoras perante a expressão positiva das crianças (Palmeira et al., 2010).

Ao invés, em ambientes familiares hostis e de expressividade negativa há uma tendência para as respostas maternas serem negativas, mesmo as respostas às emoções positivas (Palmeira et al., 2010). O *stress* familiar está associado às estratégias desadaptativas utilizadas pelos pais na transmissão de técnicas de gestão emocional aos seus filhos (Nelson et al., 2009). Por exemplo, pais que experimentam níveis elevados de *stress* têm maiores dificuldades em apoiar e orientar as crianças nas suas emoções (Nelson et al., 2009). Em 2018, Barroso e colaboradores dizem-nos que há uma relação entre os problemas comportamentais das crianças e o *stress* dos pais, visto que este segundo aumenta perante crianças em risco de problemas de comportamento.

A doença mental pela parte da mãe representa um risco no desenvolvimento da criança, podendo até mesmo esta vir a desenvolver a mesma doença (Macfie, 2009). A depressão nos pais pode levar ao comprometimento da parentalidade, estando na base do aumento de risco de psicopatologia nos/as filhos/as (Psychogiou et al., 2016). Segundo Cummings e Kouros (2009), a depressão nas mães aumenta a probabilidade, de duas a três vezes mais, do desenvolvimento de perturbações de personalidade nos filhos/as, tal como o risco de um pior funcionamento cognitivo, social e académico. Adolescentes que vivem com progenitores com sintomas

depressivos ocorrem num maior risco de desenvolver uma vasta gama de problemas comportamentais e emocionais ao longo da sua vida (Maciel, 2012). Pais com sintomas depressivos são mais negativos e críticos (Psychogiou et al., 2016). A convivência das crianças com a depressão materna gera dificuldades na regulação das próprias emoções, no desenvolvimento de competências sociais adequadas e no contacto interpessoal (Lopes & Loureiro, 2007). De acordo com estas autoras, ainda podemos apontar uma associação entre a depressão materna e os maus resultados académicos, a menor satisfação com a vida, a presença mais regular de situações de *stress* no dia a dia, problemas comportamentais, maior risco de suicídio, no caso dos adolescentes (Lopes & Loureiro, 2007). A depressão parental aumenta a predisposição para o desenvolvimento da perturbação depressiva e ansiedade nos filhos (Maciel, 2012). A depressão materna é um dos fatores mais investigados como causador da depressão nas crianças (Maciel, 2012). A depressão paterna também tem impacto no desenvolvimento de psicopatologia pela parte dos filhos/as, apesar desta ser menos estudada (Maciel, 2012).

Fisak e Grills-Taquechel (2007) sugerem no seu estudo que o comportamento dos pais, durante a infância, tem influência no desenvolvimento da ansiedade nas crianças. Os níveis de ansiedade das filhas, em fases de vida de maior dependência dos pais, parecem estar relacionados com os níveis de ansiedade dos mesmos, ao contrário do que se verifica com os filhos, onde independentemente da idade não aparentam ter níveis de ansiedade diretamente relacionados com os dos pais (Nascimento, 2001). De acordo com os resultados do estudo de Rocha (2017), os sintomas de ansiedade das mães estão diretamente relacionados com os sintomas de ansiedade dos filhos, o que vem mais uma vez sugerir o papel maternal no desenvolvimento de psicopatologia nos filhos. Este estudo mostrou que os filhos de mães ansiosas apresentavam um maior risco de desenvolver uma perturbação ansiosa (Rocha, 2017). Por exemplo, cada vez que surge uma situação de ameaça, a resposta de uma mãe ansiosa pode levar a estratégias de *coping* desajustadas, tais como medo, rejeição e evitamento, levando assim a um aumento da ansiedade nos filhos (Rocha, 2017). As perturbações de ansiedade nos pais aumentam o risco do desenvolvimento de ansiedade nos filhos/as (Maciel, 2012). Existe, também, uma associação forte entre ansiedade nos pais e depressão infantil (Maciel, 2012).

As práticas parentais mal adaptativas surgem em alguns indivíduos com Perturbação de Personalidade, e estão também associadas à vivência de uma parentalidade negativa (Steele et al., 2019). Neste sentido, os autores sugerem que um potencial fator mediador de risco

psicossocial na transmissão de *Perturbação Borderline da Personalidade* (PBP) é a prática parental inadequada (Steele et al.,2019). Nos termos de Petfield (2015), estudos comprovam que o diagnóstico de PBP materno se encontra interligado com as diferenças na parentalidade. Relativamente à primeira infância, a PBP nas mães foi relacionada a uma redução da sensibilidade e a um aumento da intrusividade quanto à criança, e na infância mais tardia, verificam-se baixos níveis de organização familiares (Petfield et. al., 2015). Mães com este diagnóstico, estão normalmente associadas a ambientes familiares marcadamente hostis e pouco coesos (Petfield et al., 2015). Por outro lado, também se concluiu que estas mães apresentam níveis mais elevados de proteção com os seus filhos, tendo, em contrapartida, um menor grau de maturidade, isto é, uma diminuta capacidade de considerar sobre o mundo interno dos seus filhos (Petfield et al., 2015). As crianças de mães com esta perturbação revelam uma maior insatisfação nas interações experienciadas com estas, e incorrem em variados riscos, como dificuldades em estabelecer amizades, dificuldades em distinguir a realidade da fantasia (tendem para a fantasia), dificuldades de compreensão das emoções comuns, uma mente mais pobre, atitudes disfuncionais, ruminação e autocrítica (Petfield et al., 2015). No estudo de Petfield e colaboradores (2015), estas crianças apresentavam uma saúde mental mais pobre, com níveis significativos de depressão, medo, suicídio e acentuado défice de atenção. Neste sentido, a relação entre a saúde mental dos pais com PBP e a da criança era mediada por dificuldades parentais (Petfield et al., 2015). Uma mãe com PBP pode ver o seu filho como uma forma de satisfazer as suas necessidades, tal como para se sentir amada (Macfie, 2009). Nestes casos, pode ocorrer uma inversão de papéis (em que a criança assume um papel de pai, parceiro ou familiar), onde a mãe desencoraja a autonomia do seu filho para que este permaneça próximo (Macfie, 2009). Outras perturbações mentais dos pais também têm impacto na saúde mental dos filhos, como por exemplo, existem estudos que nos dizem que a Perturbação de Comportamento parental aumenta o risco de Perturbações de Hiperatividade com Défice de Atenção nos filhos/as (Maciel, 2012).

As práticas parentais e o seu papel no ajustamento, satisfação com a vida e boa autoestima têm grande influência no bem-estar dos adolescentes (Pérez-Fuentes et al., 2019). Uma abordagem positiva dos pais, baseada na autocompaixão, contribui para a promoção da saúde e desenvolvimento da criança (Gaspar, 2014). O *mindfulness* é um traço intimamente ligado à autocompaixão, em que o individuo tem a capacidade para se distanciar dos próprios sentimentos, sem perder a consciência destes, o que o leva a ter uma atitude de não julgamento,

sem tentativa de supressão ou negação (Gaspar, 2014). As estratégias de parentalidade baseadas no *mindfulness* podem ajudar as famílias a quebrar os padrões negativos (Stepp et al., 2011). As mães com PBP através da auto consciencialização, em momentos em que estão a experienciar emoções fortes provocadas pelos seus filhos ou quando as próprias experienciam emoções fortes, podem ganhar objetividade (Stepp et al., 2011).

O *mindfulness* e a auto consciencialização têm também a importante função de ajudar as mães com PBP a reconhecer os seus limites na parentalidade (Stepp et al., 2011). A autocompaixão é descrita como uma atitude de bondade para consigo mesmo, face a um momento difícil, em que o indivíduo reconhece as suas próprias emoções sem se identificar demasiado com elas, tendo noção da imperfeição como parte do ser humano (Scheibner et al., 2017). Esta atitude leva a ver experiências, boas ou más, como parte da condição humana (Psychogiou et al., 2016). Os pais que apresentam níveis de autocompaixão mais elevados têm uma maior tendência a atribuir o comportamento, quer positivo, quer negativo, dos seus filhos a causas externas, como por exemplo influências, constrangimentos e exigências, ao invés de traços de carácter inatos (Psychogiou et al., 2016). Ao permitir autoavaliações claras e precisas, a autocompaixão leva ao reconhecimento e compreensão bondosa dos sentimentos negativos e dolorosos, sem os evitar, adotando assim estratégias mais eficazes na regulação de emoções (Loess, 2015). Um maior nível de autocompaixão está associado a menos respostas angustiantes pela parte dos pais às emoções negativas dos seus filhos (Psychogiou et al., 2016).

De acordo com Psychogiou e colaboradores (2016), os pais que apresentam maiores capacidades positivas para lidar com as emoções negativas das crianças têm maior sucesso na regulação das suas emoções, do que os que reagem negativamente e aumentam a excitação dos seus filhos. Níveis mais elevados de autocompaixão traduzem-se em pais menos críticos, que respondem tanto aos seus pensamentos negativos, como de forma mais adequada à necessidade dos seus filhos (Psychogiou et al., 2016). No estudo de Psychogiou e colaboradores (2016), foram encontradas correlações significativas negativas entre níveis de autocompaixão nos pais e níveis de problemas comportamentais e emocionais nos filhos. Os filhos de pais mais autocompassivos recebem também destes maior compaixão, adotando uma maior capacidade de aceitação em momentos mais difíceis (Psychogiou et al., 2016). A autocompaixão também promove a compaixão pelos outros, podendo assim favorecer a criação de relações mais seguras, de partilha de erros e fracassos, ajudando a aliviar o sentimento de solidão (Loess, 2015). As crianças que não são tão expostas a críticas têm uma maior tendência a sentir-se

como merecedoras de apoio e suporte, e, em períodos mais complicados, têm uma maior capacidade de autoaceitação (Psychogiou et al., 2016).

A autocompaixão é, então, uma atitude útil para a promoção do bem-estar, particularmente quando se enfrenta uma realidade inevitável de falhas e erros temporários (Loess, 2015). Mesmo podendo ser difícil de praticar, é um mecanismo interno do indivíduo que pode ser cultivado e mantido (Loess, 2015). Scheibner et al. (2017) sugerem que os exercícios de *mindfulness* com fortalecimento da autocompaixão melhoram os sintomas de PBP, especialmente na regulação de emoções. Também Loess (2015) apresenta a autocompaixão como alternativa ao ódio a si próprio, à vergonha interna e aos autoesquemas negativos, sintomas comuns da PBP. Este estudo mostrou que os indivíduos que praticavam exercícios de compaixão apresentavam menos depressão, menos ruminação, menos ansiedade, menor procrastinação, menor insatisfação com o seu corpo e maiores sentimentos de ligação social, satisfação, otimismo e autoeficácia (Scheibner et al., 2017). Scheibner e colaboradores (2017) mostraram também a existência de relações positivas com o bem-estar do indivíduo, e de relações negativas com a psicopatologia. Cumulativamente, demonstram que as mudanças induzidas pela autocompaixão medeiam a redução de *stress*, sintomas depressivos, preocupação e medo (Scheibner et al., 2017).

No contexto nacional, são ainda escassos os trabalhos de investigação que utilizam díadas pais-filhos/as. Neste sentido, foi objetivo do presente estudo caracterizar os níveis de psicopatologia e de autocompaixão dos pais, dos filhos e a relação entre ambos. Mais especificamente, procurou-se (1) comparar os sintomas de psicopatologia (depressão, ansiedades e *stress*) presentes nos pais e nos filhos/as; (2) comparar as atitudes de autocompaixão, atendendo às suas diversas componentes nos pais e nos filhos; e (3) correlacionar os níveis de psicopatologia e de autocompaixão dos pais entre si, dos adolescentes entre si e entre os pais e os filhos.

METODOLOGIA

Amostra

Participaram no presente estudo 122 sujeitos, distribuídos por 61 díades de adolescentes e pais. A amostra foi recolhida em escolas públicas da região centro do País (Coimbra e Aveiro).

Na Tabela 1 encontram-se as características da amostra de pais e filhos/as. Os dados colocam em evidência que a maior parte dos encarregados de educação são do sexo feminino (n = 47). Os pais apresentaram uma média de 45 anos de idade (DP = 5.10) e de 11 anos de escolaridade (DP = 4.34). Relativamente à situação profissional, há um maior número de encarregados de educação empregados (77%) do que desempregados (14.8%), tendo em conta que 8.2% não respondeu. O nível socioeconómico percecionado pelos pais mais frequentemente apontado foi o médio (44%), seguido, em igualdade, do nível baixo e alto (7% cada). Relativamente à amostra dos/as filhos/as, verificou-se uma distribuição mais equilibrada do género (26 rapazes e 35 raparigas), com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos (M = 15.26; DP = 1.34) e 10.03 anos de escolaridade (DP = 1.15). Nenhum aluno percecionou como tendo um rendimento escolar insuficiente. Cerca de 47.5% considerou ter um bom rendimento, 27.9% suficiente e 24.6% avaliaram-no como muito bom.

Tabela 1. *Frequência (n), percentagem (%), média (M) e desvio padrão (SD) das características sociodemográficas da amostra (n=61)*

			Total (*n*=61)			
			n	*%*	*M*	*SD*
Pais	Idade		-	-	45.18	5.10
	Género	Masculino	13	21.3	-	-
		Feminino	47	77.1	-	-
		Omisso	1	1.6	-	-
	Escolaridade		-	-	11.16	4.34
	Situação Profissional	Desempregado	9	14.8	-	-
		Empregado	47	77	-	-
		Omisso	5	8.2	-	-
	Nível Socioeconómico	Baixo	7	11.5	-	-
		Médio	44	72.1	-	-
		Alto	7	11.5	-	-
		Omisso	3	4.9	-	-
Filhos/as	Idade		-	-	15.26	1.34
	Género	Masculino	26	42.6	-	-
		Feminino	35	57.4	-	-
	Anos de Reprovação	Zero	54	88.5	-	-
		Um	6	9.8	-	-
		Dois	1	1.6	-	-
	Rendimento Escolar	Insuficiente	0	0	-	-
		Suficiente	17	27.9	-	-
		Bom	29	47.5	-	-
		Muito Bom	15	24.6	-	-

Instrumentos

O *Borderline Personality Questionnaire* (BPQ; Poreh et al., 2006; tradução e adaptação portuguesa: Pinto Gouveia, & Duarte 2007) avalia os traços de Personalidade *Borderline*, de acordo com o DSM-IV, numa escala de resposta dicotómica (0=*não*; 1=*sim*), que inclui nove subescalas para cada critério do DSM: impulsividade, instabilidade emocional, abandono,

relações, autoimagem, suicídio/automutilação, sensação de vazio, raiva intensa e estados quase psicóticos. A pontuação do questionário é feita de modo a que a resposta *sim* valha 1 ponto e as respostas *não* 0 pontos. Há 13 itens que são negativos, o item 4, 8, 10, 28, 32, 43, 45, 48, 52, 53, 54, 60 e 67, e por isso a pontuação nesses itens é feita de modo invertido. Quanto maior a pontuação, mais o indivíduo evidencia características de Personalidade *Borderline.*

No estudo da versão original a medida apresentou uma elevada consistência interna para o total da escala, com fidelidade de razoável a forte para a maioria das suas subescalas (Poreh et al., 2006). No presente estudo, o valor total da escala apresentou um alfa de Cronbach de 0.65.

A *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Sharp et al., 2014; versão portuguesa: Carreiras et al., 2020) é um questionário de autorresposta, constituído por 10 itens, que avalia os traços *borderline* nos adolescentes, incluindo questões acerca da forma como o indivíduo se sente em relação a si próprio e aos outros. É uma escala unidimensional e os itens são cotados numa escala de Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a *nunca verdadeiro* e 5 a *sempre verdadeiro*. Quanto maior a pontuação total, maior o grau de traços *borderline*. A BPFS-C apresentou uma boa consistência interna no estudo original (α = .85; Sharp et al.,2014) e na versão portuguesa (α = .77; Carreiras et al., 2019). No presente estudo a BPFS-C demonstrou igualmente uma adequada consistência interna (α = 0.84).

A *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1985; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004) é composta por 21 itens, distribuídos de igual forma pelas escalas de sintomas de ansiedade, depressão e *stress*. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de Likert de 0 a 3 (0= *não se aplicou nada a mim*, 1= *aplicou-se a mim algumas vezes*, 2= *aplicou-se a mim muitas vezes* e 3= *aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). A pontuação total em cada subescala varia entre 0 e 21, sendo que as notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos. A DASS-21 tem sido utilizada em adultos, adolescentes e crianças, revelando boas características psicométricas. Na versão original a DASS-21 apresenta uma boa consistência interna para cada uma das três subescalas (ansiedade α = 0.84; depressão α = 0.91; *stress* α = 0.90) (Lovibond & Lovibond, 1985). No estudo original da versão portuguesa a DASS-21 apresentou uma elevada consistência interna para cada uma das três subescalas (ansiedade= 0.74; depressão= 0.85; *stress*= 0.81) (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo a DASS-21 demonstrou igualmente uma adequada consistência interna em adultos, com α= 0.92 (ansiedade α= 0.80,

depressão α= 0.89, stress α= 0.82) e em adolescentes, com α =0.88 (ansiedade α= 0.70, depressão α= 0.75 e *stress* α = 0.82).

A *Self-Compassion Scale* (SELFCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011) é uma escala de 26 itens que avaliam a capacidade dos indivíduos estarem atentos e conscientes ao seu sofrimento e terem uma atitude compreensiva e bondosa para consigo próprios, em momentos de dor ou dificuldades. A resposta às questões é feita com base numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1= *quase nunca* e 5= *quase sempre*. É composta por 6 subescalas, respetivamente, "Autobondade", "Isolamento", "Humanidade comum", "Autocrítica", "*Mindfulness*" e "Sobreidentificação". O total da escala é calculado através da média do somatório de todos os itens, depois de invertidos os valores dos itens das subescalas negativas, nomeadamente "Isolamento", "Autocrítica" e "Sobreidentificação". Quanto maiores os resultados, maiores os níveis de autocompaixão. Esta medida revelou uma boa consistência interna no estudo original (α= 0.92; Neff, 2003). Ainda relativamente ao estudo original, para as subescalas a consistência interna foi de α = 0.78 para "Autobondade", α =0.77 para "Autocrítica", α =0.80 para "Humanidade comum", α =0.79 para "Isolamento, α =0.75 para "*Mindfulness*" e α =0.81 para a "Sobreidentificação" (Neff, 2003). A versão Portuguesa também revela uma boa consistência interna (α =0.89) para a totalidade dos itens da escala, e para as subescalas de "Autobondade" (α =0.84), "Autocrítica" (α =0.82), "Humanidade comum" (α =0.77), "Isolamento" (α =0.75), "*Mindfulness*" (α =0.73) e por último para a "Sobreidentificação" (α =0.78) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Para avaliação da autocompaixão em adolescentes foi utilizada uma versão própria para o efeito, idêntica à de adultos (Cunha et al., 2016). Esta versão revelou igualmente uma boa consistência interna, variando os valores de alfa de Cronbach entre α = 0.77 para o fator "Autobondade", α =0.77 para "Autocrítica", α =0.72 para "Humanidade comum", α =0.79 para "Isolamento", α =0.70 para "*Mindfulness*", α =0.75 para "Sobreidentificação" e sendo de α =0.88 para o total da escala (Cunha et al., 2016). Nas amostras do nosso estudo obtiveram-se os seguintes valores. Em adultos, os valores foram de α = 0.610 para o total da escala, α =0.77 para "Autobondade", α =0.69 para "Autocrítica", α =0.54 para "Humanidade comum", α =0.49 para "Isolamento", α =0.75 para "*Mindfulness*" e α =0.71 para "Sobreidentificação". Na amostra de adolescentes, obteve-se α = 0.83 para o total dos itens, α = 0.84 para o fator "Autobondade", α =0.74 para "Autocrítica", α =0.77 para "Humanidade comum", α =0.69 para "Isolamento", α =0.71 para "*Mindfulness*", e α =0.82 para "Sobreidentificação".

Procedimentos

O presente estudo foi realizado ao abrigo do projeto de doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/129985/2017) sobre fatores de risco e de proteção do desenvolvimento de Traços de Personalidade *Borderline* em adolescentes.

Anteriormente ao procedimento de recolha de dados, este projeto foi aprovado pela Direção Geral de Educação (DGE) do Ministério da Educação, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD; autorização nº 6713/2018) e pelos órgãos Diretivos dos Estabelecimentos de Ensino. A recolha de dados decorreu entre janeiro de 2019 e novembro de 2019.

No seguimento do cumprimento dos requisitos éticos e deontológicos de investigação foram recolhidos os consentimentos informados, com informação acerca da investigação, objetivos, proteção de dados e confidencialidade dos/as encarregados/as de educação dos/as adolescentes. Os dados dos/as adolescentes, cujos/as encarregados/as de educação deram autorização, foram recolhidos em contexto de sala de aula na presença de pelo menos um dos investigadores, para prestar qualquer esclarecimento adicional e para garantir a independência das respostas. Por sua vez, para recolha dos dados dos/as encarregados de educação, foram entregues os formulários aos adolescentes, que se comprometeram a entregar aos pais, sendo os questionários preenchidos devolvidos em envelope fechado. A recolha foi feita de forma confidencial, sendo atribuído um código a cada indivíduo e emparelhados os códigos entre pais e filhos.

Estratégia analítica

A análise de dados foi realizada com o software *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 24) para IOS. O estudo atual tem um desenho transversal.

Primeiramente foram efetuadas análises descritivas dos pais em relação às variáveis de idade, género, escolaridade, situação profissional, nível socioeconómico e procedeu-se à obtenção de frequências (*n*), percentagens (%), médias (*M*) e desvios-padrão (*DP*). Em relação aos filhos/as foi feita a mesma análise descritiva para as variáveis, idade, género, anos de reprovação, rendimento escolar e procedeu-se, mais uma vez, à obtenção de frequências (*n*), percentagens (*%*), médias (*M*) e desvios-padrão (*DP*).

A normalidade dos dados foi testada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Usaram-se ainda os valores de assimetria e curtose para validar a normalidade dos dados. Para a análise da consistência interna dos instrumentos em estudo foi feito o cálculo do alfa de Cronbach.

A comparação dos resultados de pais e filhos foi feita com recurso aos testes *t-student* para amostras emparelhadas. Foi utilizado o *d* de Cohen para analisar o tamanho do efeito. Segundo este autor, considera-se um efeito pequeno de 0.10 a 0.29, moderado de 0.30 a 0.49, e de 0.50 a 1.00, um efeito grande (Cohen, 1988).

Por último, para testar a associação entre variáveis recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson. O tamanho do efeito das correlações foi interpretado segundo a classificação de Marôco (2018): correlação fraca (valores de $r < 0.25$), correlação moderada ($0.25 \leq r < 0.50$), correlação forte ($0.50 \leq r < 0.75$), e correlação muito forte ($r \geq 0.75$).

RESULTADOS

Análise Preliminar dos Dados

Segundo o teste Kolmogorov-Smirnov, as variáveis de alguns instrumentos, como a BPFS-C e SCS para adolescentes e pais, não seguiram uma distribuição normal. Concretamente, as subescalas de "*Mindfulness"* e "Autobondade" da SCS para adolescentes, bem como as subescalas de "*Mindfulness*", "Autobondade" e "Autocrítica" da SCS para pais, não apresentaram uma distribuição normal (p <.05). Contudo, os valores de assimetria inferiores a 3 e os valores de curtose inferiores a 8 encontrados nas variáveis permitem indicar uma tendência para a normalidade da distribuição dos dados (Kline, 1998), o que justificou a utilização de testes paramétricos.

Diferenças nos Sintomas Psicopatológicos entre Pais e Filhos/as

Quanto às comparações dos valores médios entre pais e filhos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de depressão ($t_{(60)}$ = -2.33, p = .023) e ansiedade ($t_{(60)}$ = -2.57, p = .013), manifestando os filhos valores mais elevados nestas variáveis. O tamanho do efeito foi grande no caso da depressão (d_{Cohen} = 0.70) e da ansiedade (d_{Cohen} = 0.51). Relativamente ao *stress* não houve diferenças significativas entre os dois grupos em comparação ($t_{(60)}$ = -1.69, p = .096). Não foi feita a comparação ao nível da sintomatologia *borderline,* porque ao contrário da DASS-21, as escalas de avaliação de traços *borderline* para adultos e adolescentes não têm versões compatíveis para comparar médias.

Tabela 2.. *Médias (M), Desvios-Padrão (DP), Teste t-Student para amostras emparelhadas para testar diferenças entre pais e filhos/as (t) e Significância*

Variáveis	**Pais (*n* = 61)**	**Filhos/as (*n* = 61)**	***t*** **(gl)**	*p*
	M (SD)	***M (SD)***		
Depressão (DASS-21**)**	2.16 (3.37)	3.54 (3.38)	-2.33 (60)	.023
Ansiedade (DASS-21)	1.70 (2.54)	3.23 (2.84)	-2.57 (60)	.013
Stress (DASS-21)	3.84 (3.36)	4.89 (4.02)	-1.69 (60)	.096

Nota. DASS-21= *Depression Anxiety and Stress Scales* para Adultos e Adolescentes

Diferenças na Autocompaixão entre Pais e Filhos/as

Na Tabela 3 são apresentadas as diferenças entre pais e filhos/as relativamente à autocompaixão e subescalas (SCS). As diferenças entre pais e filhos/as residiram nas componentes positivas da autocompaixão, nomeadamente na Humanidade Comum ($t_{(58)}$ = 3.14, p = .003 e *Mindfulness* ($t_{(57)}$= 3.36; p =.001). O tamanho do efeito foi moderado para ambas as dimensões (d_{Cohen}) = 0.41 e d_{Cohen} = 0.44, respetivamente). Na subescala positiva Auto-bondade não foram encontradas diferenças entre pais e filhos ($t_{(58)}$= 1.80, p =.077). Por sua vez, relativamente às subescalas negativas, nomeadamente Autocrítica ($t_{(58)}$= 1.19, p =.239), Isolamento ($t_{(58)}$= -.28, p = .777) e Sobreidentificação ($t_{(58)}$= -.16, p = .870) não foram encontradas diferenças entre os grupos. Quanto ao total da escala da autocompaixão (SCS) o valor de $t_{(58)}$ = 0.34 (p =.070), o que nos indica que pais e filhos/as não apresentaram diferenças nesta variável.

Tabela 3. *Médias (M), Desvios-Padrão (DP), Testes t para Amostras Emparelhadas para testar diferenças entre pais e filhos/as (t) e Significância.*

Variáveis	**Pais (*n* = 59)**	**Filhos/as (*n* = 59)**	***t*** **(gl)**	**p-value (significância)**
	M (SD)	***M (SD)***		
Auto-bondade (SCS**)**	3.09 (0.75)	2.85 (0.94)	1.80 (58)	.077
Autocrítica (SCS)	2.32 (0.71)	2.16 (0.82)	1.19 (58)	.239
Humanidadecomum(SCS)	3.33 (0.71)	2.92 (0.93)	3.14 (58)	.003
Isolamento (SCS)	2.35 (0.68)	2.37 (0.84)	-.28 (58)	.777
Mindfulness (SCS)	3.40 (0.78)	2.91 (0.88)	3.36 (57)	.001
Sobreidentificação (SCS)	2.35 (0.75)	2.36 (0.97)	-.16 (58)	.870
Autocompaixão Total	3.45 (0.54)	3.30 (0.52)	.34 (58)	.070

Nota. SCS= *Self-Compassion Scale.*

Análise de Correlações

Na Tabela 4 apresentam-se os valores das correlações de Pearson entre as variáveis estudadas (depressão, ansiedade, *stress*, sintomas *borderline* e autocompaixão) nos pais e nos filhos/as. Os resultados mostraram uma associação significativa positiva forte entre a sintomatologia psicopatológica avaliada nos pais (*r* entre .51 e .66, $p < .001$) e uma associação negativa forte entre a autocompaixão e os sintomas psicopatológicos, variando os valores de *r* entre -.50 e -.54 ($p < .001$). Nos adolescentes, verificou-se o mesmo padrão na associação entre os indicadores de psicopatologia entre si (variando o valor de *r* entre .54 e .64, $p < .001$). A autocompaixão revelou uma associação negativa com os sintomas de depressão ($r = -.40$, $p < .001$), *stress* ($r = -.31$, $p < .05$) e traços *borderline* ($r = -.47$, $p < .001$). Com os sintomas de

ansiedade, a autocompaixão revelou uma associação negativa, apesar de não ter sido significativa (r = -.23, p >.050). Analisando os resultados pais-filhos, verificou-se que não existe uma correlação significativa entre os sintomas psicopatológicos e a autocompaixão das díades.

Tabela 2. ***Correlações de Pearson entre sintomas psicopatológico e autocompaixãos nos pais e adolescentes (n = 61).***

	1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8**	**9**
1. Depressão Pais (DASS-21)	1								
2. Ansiedade Pais (DASS-21**)**	.66**	1							
3. *Stress* Pais (DASS-21)	.65**	.62**	1						
4.Sintomas *Borderline* Pais	.58**	.55**	.51**	1					
5.Autocompaixão global Pais (SCS)	-.53**	-.50**	-.52**	-.54**	1				
6.Depressão Adolescentes (DASS-21)	.07	.06	.02	.07	.03	1			
7.Ansiedade Adolescentes (DASS-21**)**	.01	.06	-.02	-.05	.83	.64**	1		
8.Stress Adolescentes (DASS-21)	.01	.07	.15	.03	.08	.54**	.66**	1	
9.Sintomas *Borderline* Adolescentes	.01	-.01	-.00	-.02	-.05	.64**	.46**	.54**	1
10. Autocompaixão global Adolescentes (SCS)	-.14	-.17	-.21	-.03	.19	-.40**	-.23	-.31*	-.47**

Nota. DASS-21= *Depression Anxiety and Stress Scale* para Adultos e Adolescentes.; SCS = *Self Compassion Scale*

*p < .05; **p < .001

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral comparar os níveis de psicopatologia dos pais e dos/as filhos/as, bem como examinar os níveis de autocompaixão (e as suas componentes) nas díades pais-filhos/as. A investigação foi elaborada com a intenção de responder a três questões centrais: (1) Que diferenças existem entre os pais e os/as filhos/as ao nível psicopatológico, nomeadamente na sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*? (2) Que diferenças existem entre os pais e os/as filhos/as relativamente à regulação emocional autocompassiva? (3) Qual a associação entre sintomatologia psicopatológica (depressão, ansiedade, *stress* e sintomatologia *borderline*) e autocompaixão dos pais e dos filhos? Através dos dados obtidos, foi possível dar uma resposta aos objetivos inicialmente propostos, bem como adquirir mais conhecimentos acerca da de estados emocionais negativos, sintomatologia *borderline*, e autocompaixão, nos pais e nos adolescentes.

De acordo com a literatura existem diversos estudos (Macfie, 2009; Maciel, 2012) que defendem a existência de uma relação positiva e significativa entre a depressão, ansiedade, *stress* e sintomatologia *Borderline* nos/as adolescentes, e a presença destes quadros psicopatológicos nos pais. Segundo Marques (2014), a forma como os pais lidam com os seus filhos tem um impacto direto neles, e no seu comportamento. Macfie (2009) diz-nos que a doença mental da mãe representa um risco para a criança, podendo esta vir a desenvolver a mesma psicopatologia. De acordo com Psychogiou e colaboradores (2016), a depressão nos pais pode afetar a parentalidade e, muitas vezes, é um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia por parte dos filhos. Nos termos de Rocha (2017), os sintomas de ansiedade nos filhos são diretamente influenciados pelos sintomas de ansiedade vivenciados pelas mães, o que vem mais uma vez comprovar o papel da influência maternal no desenvolvimento de psicopatologia nos filhos. Em situações de crise, indutoras de *stress*, os pais podem involuntariamente transmitir esse sentimento aos filhos (Costa, 2011). No presente estudo, pais e filhos/as apresentaram diferenças nos sintomas de depressão e de ansiedade, sendo apenas encontradas semelhanças nos níveis de *stress* de ambos. Estas inconsistências encontradas entre estudos, podem estar associadas ao papel que cada pai tem na vida da criança, e/ou ainda, com as variações de duração e de gravidade da psicopatologia dos pais (Maciel, 2012). Uma possível explicação para tal acontecer (não existirem semelhanças entre pais e filhos) pode

passar pelo facto desta amostra não ser clínica, significando que o grau de severidade da sintomatologia (depressiva e ansiosa) dos pais pode não ser suficiente para ter impacto nos filhos. Outra explicação é o facto de nesta investigação não ter sido avaliado o papel que cada pai, que participou no estudo, tem na vida do seu filho.

A revisão de literatura tem apoiado que os pais com bons níveis de autocompaixão transmitem também aos seus filhos uma maior capacidade de tolerância e empatia, adotando com maior facilidade uma atitude de autoaceitação em momentos difíceis (Psychogiou et al., 2016). Relações marcadas pela crítica, subordinação e ameaça dificultam a aprendizagem e desenvolvimento de competências compassivas a nível intra e interpessoal, e contribuem para sintomas psicopatológicos em idade tardia (Gaspar, 2014). Hipotetizámos que pais e filhos poderiam apresentar um padrão semelhante relativamente à forma como regulam as suas emoções, nomeadamente perante fracassos ou momentos difíceis. De facto, não se verificaram diferenças significativas entre pais e filhos no *score* global da autocompaixão, enquanto tradutor de uma atitude de autobondade, de aceitação e de envolvimento e conexão com os outros, confirmando, em parte a nossa hipótese. Contudo, quando analisadas as dimensões da autocompaixão, separadamente, verificou-se que pais e filhos/as diferiram significativamente nas dimensões de humanidade comum e de *mindfulness*, apresentando os jovens valores mais baixos. Significa dizer que os filhos/as, comparativamente com os seus pais, referiram uma menor vivência de experiências e sentimentos comuns aos outros, de conexão aos outros e de consciência do momento presente. Uma explicação plausível pode passar por aspetos desenvolvimentais específicos que podem contribuir para uma maturação ou evolução diferenciada das inúmeras competências envolvidas na autocompaixão (nomeadamente das competências associadas à humanidade comum e ao *mindfulness)*. De notar ainda que estas competências específicas podem também ser especialmente difíceis de avaliar em jovens adolescentes. Estudos futuros, com desenhos longitudinais e amostras alargadas, poderão ajudar a esclarecer estes resultados, elucidando o papel da idade e da influência da díade pais/filhos/as no surgimento destas atitudes ou competências. Curiosamente, em todas as dimensões negativas (isolamento, sobreidentificação e autocrítica), tradutoras de uma atitude julgadora e depreciativa de si próprio/a em momentos de sofrimento, verificou-se um padrão semelhante na díade pais/filhos. O mesmo aconteceu para a componente de autobondade, significando uma semelhança entre as atitudes de autocompreensão e tolerância dos pais e as dos filhos. Estas semelhanças eram esperadas e vão ao encontro da literatura, que nos diz que

os filhos/as têm tendência para adotarem estratégias semelhantes àquelas que aprendem no seu contexto familiar (Coelho et al., 2010). Os dados deste estudo revelaram que os adolescentes tendem a reportar mais sintomas de ansiedade e depressão e menos competências adaptativas de autoregulação emocional, associadas à vivência de condição humana partilhada e de aceitação do momento presente.

Quanto à forma e grau de associação entre as variáveis na díade, era expectável uma correlação significativa entre os níveis de psicopatologia e de autocompaixão dos pais e dos filhos. No entanto, os resultados não validaram a nossa hipótese, verificando-se apenas correlações significativas, e no sentido esperado, entre as variáveis intrapessoais, mas não entre pais e filhos. O mesmo é dizer que se verificou uma associação positiva moderada entre os sintomas de psicopatologia reportados pelos pais, por um lado, e referidos pelos filhos, por outro. Estes dados são congruentes com os de outros estudos realizados com adultos (Pais-Ribeiro et al., 2004) e adolescentes (Carreiras et al., 2020; Carvalho et al., 2015; Cunha et al., 2012) que encontraram o mesmo padrão. Por sua vez, a autocompaixão evidenciou uma correlação negativa com a psicopatologia, quer em adultos, quer em adolescentes, apoiando os resultados de outros estudos (Carreiras et al., 2020; Carreiras et al., 2021; Cunha et al., 2016).

Há que salientar que o facto de a amostra ser composta por díades de pais e filhos/as implica, desde logo, algumas limitações e vantagens que devem ser ponderadas e consideradas para estudos futuros. Como principais limitações, destaca-se a dificuldade em articular a disponibilidade de ambas as partes, tornando mais complexo o processo de constituição da amostra. Como consequência desta primeira limitação, aponta-se a dimensão da amostra, não sendo uma amostra representativa da população, constituída apenas por 61 pais, na sua maioria mães, e 61 filhos/as. Outra das limitações prende-se com a utilização exclusiva de questionários de autorresposta, o que delimita o acesso a outro tipo de informações relevantes, que poderiam ser obtidas através de uma entrevista, enriquecendo assim esta investigação. O desenho transversal deste estudo não permitiu o estabelecimento de relações causa-efeito, no que diz respeito às comparações de pais e filhos/as. É, ainda, de referir como limitação, a falta de estudos que apontem para a relação entre filhos/as e a figura parental masculina, predominando ainda estudos realizados com a figura materna (Nunes & Mota, 2017). Atualmente as configurações familiares têm vindo a evoluir e a reconhecer cada vez mais a importância do papel do pai na vida e desenvolvimento da criança. Nesta investigação a amostra de

encarregados de educação é maioritariamente do sexo feminino, tornando-se importante investir em estudos que abordem a díade pai-filho/a.

Apesar destas limitações, este estudo também tem pontos fortes, como por exemplo, o facto de ter cruzado duas fontes de informação (pais e filhos/as), o que permite enquadrar o indivíduo no seu meio natural, já que nenhum ser humano funciona de forma isolada e é sempre influenciado pelos outros. De salientar também a importância do estudo das relações parentais, como elemento central na formação da personalidade. A relação e ambiente familiar são fulcrais para o desenvolvimento e formação da identidade dos indivíduos, sendo esta influenciada positiva ou negativamente pelo tipo de orientação e suporte exercido pelos pais (Dias, 2012). Tendo em conta a importância desta díade no desenvolvimento humano, o presente estudo deu um contributo relevante ao comparar os sintomas psicopatológicos e estratégias de autorregulação emocional nos pais e nos filhos e explorar de que forma estas variáveis estão associadas entre si.

REFERÊNCIAS

Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology, 46(3),* pp. 449-461. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6.

Carreiras, D., Cunha, M. & Castilho, P. (2021). Which self-compassion components mediate the relationship between adverse experiences in childhood and borderline features in adolescents. *European Journal of Developmental Psychology,* ahead-of-print, 1-22. https://doi.org/10.1080/17405629.2021.1981283

Carreiras, D., Loureiro, M., Cunha, M. Sharp, C. & Castilho, P. (2020). Validation of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) and for Parents (BPFS-P) for the Portuguese Population. *Journal of Child Family Studies*. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01800-7 Q2

Carvalho, C., Cunha, M., Cherpe, S., Galhardo, A., & Couto, M. (2015). Validação da versão portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC) [Validation of the Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)]. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social (Portuguese Journal of Behavioral and Social Research), 1*(2), 46–57. https ://doi.org/10.7342/ismt.rpics .2015.1.2.23

Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica, 54,* .203-230. http://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8.

Crick, N., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Boderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology, 17(4)*. http://doi.org/10.1017/S0954579405050492

Cummings, E. M., & Kouros, C. D. (2009). Depressão materna e sua relação com o desenvolvimento e o ajustamento da criança. In J. B. Morton, *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (p. 16). Canadá: University of Western Ontario. https://www.enciclopedia-crianca.com/depressao-materna/tema-completo

Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12*(2), 203–218. https ://www.ijpsy .com/volumen12/num2/327/shame -memories-and-psychopath ology-in-adolescence-EN.pdf

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. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.023

Dias, C. A. (2012). *A família na formação da identidade: Orientações de futuro.* [Tese de Doutoramento, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. http://hdl.handle.net/10400.6/2591.

Emerick, A. S., & Rosso, M. L. (2020). *A relação da estrutura familiar e o desenvolvimento da ansiedade infantil.* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Sul de Santa Catarina]. Repositório Universitário da Ânima. https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16706/1/Artigo%20TCC%20.pdf.

Fisak, B., & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? *Clinical child and family psychology review, 10(3)*, pp. 213-231. https://doi.org/10.1007/s10567-007-0020-x.

Gaspar, R. (2014). *Estilos educativos parentais e autocompaixão- A perceção dos pais.* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/921.

Jacinto, R. S. (2019). *Perceção das atitudes parentais e psicopatologia em adolescentes com percurso delinquente: Um estudo comparativo.* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/13890.

Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling.* Guilford Press.

Laing, S., McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N., & Spence, K. (2010). Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. Early Human Development, 86, 793-800. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.08.025

Lopes, J., & Loureiro, S. R. (2007). Enfrentamento e regulação emocional de crianças filhas de mães depressivas. *Interação em Psicologia, 11(2),* pp. 253-262. http://dx.doi.org/10.5380/psi.v11i2.6807.

Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder. *Child development perspectives, 3(1),* pp. 66-71. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00079.x.

Maciel, Q. F. (2012). *Sintomatologia psicopatológica parental e problemas emocionais e comportamentais dos filhos em idade pré-escolar: O papel mediador da mind-mindedness materna e paterna.* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Universidade do Minho. http://hdl.handle.net/1822/23083.

Marco, P. L., Valério, I. D., Zanatti, C. L., & Gonçalves, H. (2020). Systematic review: Symptoms of parental depression and anxiety and offspring overweight. *Revista de Saúde Pública*, 54. http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001731.

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (Vol. 7). ReportNumber, Lda.

Marques, C. M. (2014). *Stresse parental e impacto de um filho em progenitores com filhos em idade pré-escolar.* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/507.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento* (Vol. 1). Porto Alegre: ARTMED.

Mombelli, M. A., Costa, J. B., Marcon, S. S., & Moura, C. B. (2011). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de psicologia (Campinas), 28(3),* pp. 327-335. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300004.

Nascimento, C. R. (2001). Relações entre a resposta de ansiedade de pais e mães e a reposta de ansiedade de seus filhos. *Estudos de Psicologia (Campinas), 18(2),* pp. 17-28. https://www.scielo.br/j/estpsi/a/YqxxWHx4Cpyy3ThvnDVNsyy/?format=pdf&lang=pt

Nelson, J. A., O'Brien, M., Blankson, A. N., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2009). Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses. *Journal of Family Psychology, 23(5),* pp. 671-679. https://doi.org/10.1037/a0015977.

Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 69(3),* pp. 52-65. https://www.redalyc.org/pdf/2290/229054050005.pdf .

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças, 5(2)*, pp. 229-239. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81876.pdf

Palmeira, L., Gouveia, J. P., Dinis, A., Lourenço, S., & Veloso, M. (2010). O efeito mediador da regulação emocional na relação entre a expressividade emocional da família de origem e as reacções maternas à expressão de emoções positivas das crianças. *Psychologica, 2*, pp. 423-448. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_18.

Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with boderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-based Mental Health, 18(3)*, pp. 67-75. http://dx.doi.org/10.1136/eb-2015-102163.

Poreh, A., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders, 20(3)*, pp. 247-260. https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2006.20.3.247

Psychogiou, L., Legge, K., Parry, E., Mann, J., Nath, S., Ford, T., & Kuyken, W. (2016). Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness, 7(4)*, pp. 896-908. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0528-6.

Rocha, F. (2017). *Sintomatologia ansiosa e depressiva em familias com filhos adolescentes: Qual o papel da diferenciação do self dos pais?* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/8294.

Serbin, L. A., Hubert, M., Hastings, P. D., Stack, D. M., & Schwartzman, A. E. (2014). The influence of parenting on early childhood health and health care utilization. *Journal of pediatric psychology, 39(10)*, pp. 1161-1174. https://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsu050.

Stafford, M., Kuha, D. L., Galeb, C. R., Mishrad, G., & Richardsa, M. (2016). Parent–child relationships and offspring's positive mental wellbeing from adolescence to early older age. *The Journal of Positive Psychology, 11(3)*, pp. 326-337. http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1081971.

Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2019). Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PloS one, 14(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223038*.

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3(1)*, pp. 76-91. https://doi.org/10.1037/a0023081.

Anexo 1

BPQ

Amir M. Poreh, PhD, David Rawlings, PhD, Gordon Claridge, PhD.
Justin L. Freeman, PhD, Catherine Faulkner, DClinPsych. And Clare Shelton MPsych.
Tradução e Adaptação de Pinto Gouveia, J. & Duarte, D., 2007

Apresentam-se de seguida afirmações que podem descrever alguns dos nossos comportamentos. Para cada afirmação indique se ela descreve o seu comportamento habitual, assinalando SIM ou NÂO.

	SIM	NÃO
1. Faço frequentemente coisas sem pensar bem nelas.		
2. Fico muitas vezes deprimido ou ansioso inesperadamente.		
3. As pessoas abandonam-me frequentemente.		
4. Raramente fui desiludido pelos meus amigos.		
5. Sinto-me inferior às outras pessoas.		
6. Já ameacei magoar-me no passado.		
7. Não acredito que eu tenha capacidades para fazer alguma coisa na vida.		
8. Raramente me enfureço com as outras pessoas.		
9. Por vezes sinto que não sou real.		
10. Não tenho relações sexuais com alguém, a menos que já a conheça por algum tempo.		
11. Por vezes, sinto-me ansioso ou irritável e fico triste algumas horas depois.		
12. Quando pessoas próximas de mim morrem ou deixam-me, sinto-me abandonado.		
13. Exagero muitas vezes o potencial dos relacionamentos só para mais tarde descobrir que eles não resultarão.		
14. Se eu fosse mais parecido com as outras pessoas, sentia-me melhor comigo mesmo.		
15. Já tentei propositadamente magoar-me sem tentar matar-me.		
16. Geralmente a minha vida é muito enfadonha.		
17. Envolvo-me frequentemente em brigas/ lutas físicas.		
18. Às vezes, as pessoas tentam apanhar-me.		
19. Os meus amigos dizem-me que o meu humor muda muito rapidamente.		
20. Tenho medo de estar sozinho.		
21. Pessoas que parecem de confiança frequentemente desiludem-me.		
22. Fiz uma tentativa de suicídio no passado.		
23. Sinto frequentemente que não tenho nada para oferecer aos outros.		
24. Tenho problemas em controlar o meu temperamento.		
25. Posso ler a mente de outras pessoas.		
26. Já experimentei drogas duras/ pesadas (e.g. cocaína, heroína).		
27. O meu humor alterna frequentemente ao longo do dia entre felicidade, raiva, ansiedade e depressão.		
28. Quando os meus amigos partem, acredito que voltarei a vê-los.		
29. Os meus amigos desapontam-me muitas vezes.		
30. Já me cortei de propósito.		
31. Sinto-me muitas vezes sozinho e abandonado.		
32. Não tenho dificuldade em controlar o meu temperamento.		
33. Por vezes vejo ou ouço coisas que as outras pessoas não podem ver ou ouvir.		
34. Não é raro para mim ter relações sexuais num primeiro encontro.		
35. Por vezes, sinto-me muito triste, mas este sentimento pode mudar rapidamente.		
36. As pessoas falham comigo muitas vezes.		
37. Eu gostava de ser como alguns dos meus amigos.		
38. Costumava magoar-me para conseguir atenção.		
39. Sou frequentemente diferente com diferentes pessoas em diferentes situações sociais, de tal modo que por vezes já nem tenho a certeza de quem sou.		
40. Irrito-me facilmente com os outros.		
41. Por vezes consigo ouvir realmente o que as outras pessoas estão a pensar.		

42. Drogo-me quando me apetece.		
43. Raramente me sinto triste ou ansioso.		
44. Ninguém gosta de mim.		
45. Quando confio nas pessoas, elas raramente me desiludem.		
46. Eu sinto que as outras pessoas não iriam gostar de mim se me conhecessem realmente bem.		
47. Zango-me facilmente.		
	SIM	**NÃO**
48. É impossível ler a mente das outras pessoas.		
49. Por vezes, sinto-me muito feliz, mas este sentimento pode mudar rapidamente.		
50. Acho que é difícil depender dos outros, porque eles não estarão lá quando eu precisar.		
51. Os relacionamentos com as pessoas de quem eu gosto têm muitos altos e baixos.		
52. Sinto-me confortável sendo eu próprio.		
53. Nunca fiz uma tentativa para me magoar.		
54. Raramente me sinto sozinho.		
55. Percebo muitas vezes que fico zangado com pequenas coisas.		
56. Por vezes, não consigo dizer o que é real e o que eu imaginei.		
57. Quando bebo, bebo demais.		
58. Eu considero-me uma pessoa de muitos humores.		
59. Tenho dificuldade em desenvolver relações porque as pessoas me abandonam frequentemente.		
60. Os meus amigos estão sempre disponíveis quando eu preciso deles.		
61. Quem me dera ser outra pessoa.		
62. Sinto que a minha vida não é interessante.		
63. Quando estou zangado, frequentemente atiro objectos ou parto coisas.		
64. Recebo frequentemente multas por excesso de velocidade.		
65. Sinto muitas vezes que sou uma montanha russa de emoções.		
66. Sinto que a minha família me abandonou.		
67. Sinto-me confortável com aquilo que sou.		
68. Muitas vezes faço coisas impulsivamente.		
69. A minha vida não tem propósito.		
70. Não tenho certeza acerca do que quero fazer no futuro.		
71. Por vezes, como tanto que fico com dores e tenho que forçar o vómito.		
72. As pessoas dizem-me que sou uma pessoa de muitos humores.		
73. As pessoas que eu amo deixam-me frequentemente.		
74. Em situações sociais, sinto muitas vezes que os outros me vêem por dentro e que se apercebem que eu não tenho muito para oferecer.		
75. Já estive no hospital por tentar magoar-me.		
76. Sinto-me muitas vezes vazio por dentro.		
77. Os outros fazem-me ficar zangado muitas vezes.		
78. Fico frequentemente furioso quando penso que alguém de quem gosto me vai deixar.		
79. Estou frequentemente confuso (a) acerca dos meus objectivos a longo prazo.		
80. Os outros dizem que sou de ferver em pouca água.		

Anexo 2

BPFS-C

(BPFSC-11: Sharp, C., Steinberg, L., Temple, L., & Newlin, E., 2014) (Versão Portuguesa: Loureiro, A., Carreiras, D. & Castilho, P., 2018)

Como me sinto acerca de mim e dos outros

Instruções: Aqui estão algumas afirmações sobre a forma como te sentes sobre ti e as outras pessoas. Coloca um X na opção que melhor se aplica a ti.

	Nunca verdadeiro	Quase nunca verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Muitas vezes verdadeiro	Sempre verdadeiro
1. Sinto-me muito sozinho(a).					
2. Quero que algumas pessoas saibam o quanto elas me magoam/magoaram.					
3. Os meus sentimentos são muito intensos. Por exemplo, quando me zango, fico mesmo muito zangado(a). Quando fico feliz, fico mesmo muito feliz.					
4. Sinto que há algo importante que falta em mim, mas não sei o que é.					
5. Sou descuidado(a) com as coisas que são importantes para mim.					
6. Sinto que as pessoas que me foram próximas desiludiram-me.					
7. Oscilo entre sentimentos diferentes, como estar zangado ou triste ou feliz.					
8. Meto-me em problemas porque faço coisas sem pensar.					
9. Preocupa-me que as pessoas que são importantes para mim se vão embora e não voltem.					
10. A maneira como me sinto muda muito.					

Anexo 3

EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si ***durante a semana passada***. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:
0 - não se aplicou nada a mim
1 - aplicou-se a mim algumas vezes
2 - aplicou-se a mim muitas vezes
3 - aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado/a	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado/a e melancólico/a	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo 4

EADS-21

(Lovibond & Lovibond, 1995)
(Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I.)

Instruções: Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar-me.	0	1	2	3
13.Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que, por vezes, estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo 5

SELFCS

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

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

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações					
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa..					
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.					
5. Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.					
7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.					

	1	2	3	4	5
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afecto que necessito.					
13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.					
16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.					
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante fria e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.					

Anexo 6

SCS-A

(Neff, K., 2003)

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

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

Instruções: Lê, por favor, cada afirmação com cuidado antes de responder.
Para cada item, indica com um X na coluna que melhor traduz quantas vezes (*Quase nunca*, *Raramente*, *Algumas vezes*, *Muitas vezes*, *Quase sempre*) é que te comportas dessa forma em momentos difíceis.

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

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