

Universidades Lusíada

Arcanjo, Marta Maria de Alvorão, 1997-

Crianças de ontem e adultos de amanhã : um olhar sobre o impacto da vitimização infantil na vinculação e autocompaixão no adulto

<http://hdl.handle.net/11067/6652>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

O papel dos pais ou cuidadores é extremamente relevante no decorrer do desenvolvimento da criança, é através destas figuras, que são estabelecidas relações vinculativas. A presença de maus-tratos na infância pode ser um elemento-chave na expressão de sintomas de psicopatologia, no seu nível de autocompaixão, bem como, na forma como se vinculam a outros indivíduos em idade adulta. Face a isto, o objetivo deste estudo é compreender e caracterizar a impacto da experiencição de atos de violência na...

The role of parents or caregivers is extremely relevant in the course of the child's development, it is through these figures that binding relationships are established. The presence of maltreatment in childhood can be a key element in the expression of symptoms of psychopathology, in their level of self-compassion, as well as in the way they bond with other individuals in adulthood. In view of this, the objective of this study is to understand and characterize the impact of experiencing acts of...

Palavras Chave

Comportamento de vinculação, Abuso de crianças, Psicopatologia

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-28T01:24:07Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Crianças de ontem e adultos de amanhã: um olhar
sobre o impacto da vitimização infantil na
vinculação e autocompaixão no adulto**

Realizado por:
Marta Maria de Alvorão Arcanjo

Orientado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Arguente: Prof.^a Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes

Dissertação aprovada em: 06 de dezembro de 2022

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Crianças de ontem e adultos de amanhã:
um olhar sobre o impacto da vitimização infantil na
vinculação e autocompaixão no adulto**

Marta Maria de Alvorão Arcanjo

Lisboa

Julho 2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Crianças de ontem e adultos de amanhã:
um olhar sobre o impacto da vitimização infantil na
vinculação e autocompaixão no adulto**

Marta Maria de Alvorão Arcanjo

Lisboa

Julho 2022

Marta Maria de Alvorão Arcanjo

Crianças de ontem e adultos de amanhã:
um olhar sobre o impacto da vitimização infantil na
vinculação e autocompaixão no adulto

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes
Rebelo

Lisboa

Julho 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Marta Maria de Alvorão Arcanjo
Orientador Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título Crianças de ontem e adultos de amanhã: um olhar sobre o impacto da vitimização infantil na vinculação e autocompaixão no adulto
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ARCANJO, Marta Maria de Alvorão, 1997-

Crianças de ontem e adultos de amanhã : um olhar sobre o impacto da vitimização infantil na vinculação e autocompaixão no adulto / Marta Maria de Alvorão Arcanjo ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

LCSH

1. Comportamento de vinculação
2. Abuso de crianças
3. Psicopatologia
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Attachment Behavior

2. Child abuse

3. Psychology, Pathological

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF575.A86 A73 2022

Agradecimentos

Com a conclusão desta etapa, quero agradecer a todos os professores, com quem tive a admirável oportunidade de crescer, agradeço em especial ao Professor Doutor António Rebelo, pela disponibilidade constante, pela paciência para os meus momentos mais críticos na elaboração deste trabalho e pelo carinho e confiança demonstrado ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, pelo auxílio e disponibilidade durante estes dois anos.

À Doutora Ana Rita, pelo apoio incondicional, e esforço em me motivar a seguir os meus sonhos e continuar em frente sem olhar para trás.

Às minhas amigas de faculdade, Catarina Reis, Ana Patrícia, pela paciência, apoio e motivação para a conclusão desta fase.

Um especial agradecimento à minha amiga Ana Teles e Alexandra Leal pelas longas horas dedicadas à estatística e todo o carinho e apoio demonstrado.

À Catalina Ifrim, melhor amiga, pelo suporte nos momentos de fragilidade, pela ajuda sempre presente, e amizade que já soma 5 anos.

À Idalina Fontes, pela sensibilidade, e enorme amizade e carinho que sempre demonstra por mim.

Um obrigado especial ao Tiago Fontes, pelo apoio incondicional, carinho e disponibilidade constante, tanto em momentos mais críticos, como nos momentos de maior alegria e entusiasmo. Obrigada por sempre acreditares em mim, sem ti nada disto seria possível.

E por fim, à minha família, por me ajudarem a tornar-me na pessoa que hoje sou. À minha irmã Miriam, querida irmã, obrigada por toda a atenção e empenho na concretização deste trabalho.

“Se queremos progredir,
não devemos repetir a história,
mas fazer uma história nova”

Mahatma Gandhi, 1948

Resumo

O papel dos pais ou cuidadores é extremamente relevante no decorrer do desenvolvimento da criança, é através destas figuras, que são estabelecidas relações vinculativas. A presença de maus-tratos na infância pode ser um elemento-chave na expressão de sintomas de psicopatologia, no seu nível de autocompaixão, bem como, na forma como se vinculam a outros indivíduos em idade adulta. Face a isto, o objetivo deste estudo é compreender e caracterizar a impacto da experienciação de atos de violência na infância, na vinculação e autocompaixão na idade adulta. Em termos metodológicos, esta investigação conta com um questionário sociodemográfico, com uma escala de autocompaixão, com a escala de vinculação do adulto, com escala de ansiedade, depressão e stress, com um questionário de trauma infantil e a realização de um estudo de caso com um individuo. Na parte quantitativa deste estudo foram inquiridos 439 adultos, com idades compreendidas entre os 18 e 80 anos, sendo 67% dos indivíduos do sexo feminino e 33% do sexo masculino, e quando aos dados qualitativos, um individuo do sexo feminino com histórico de abusos na infância. Os resultados obtidos demonstram que a exposição a estes abusos conduzem a níveis mais baixos na capacidade em manter o equilíbrio emocional em situações adversas, na diminuição da expressão de comportamentos auto compassivos, bem como, uma maior expressão de relações com comportamentos de vinculação ansiosos em adultos.

Palavras-chave: Vitimização Infantil; Vinculação; Autocompaixão; Adultos; Sintomas Psicopatológicos

Abstract

The role of parents or caregivers is extremely relevant in the course of the child's development, it is through these figures that binding relationships are established. The presence of maltreatment in childhood can be a key element in the expression of symptoms of psychopathology, in their level of self-compassion, as well as in the way they bond with other individuals in adulthood. In view of this, the objective of this study is to understand and characterize the impact of experiencing acts of violence in childhood, on attachment and self-compassion in adulthood. In methodological terms, this investigation has a sociodemographic questionnaire, with a self-compassion scale, with an adult attachment scale, with an anxiety, depression and stress scale, with a childhood trauma questionnaire and a case study with an individual. In the quantitative part of this study, 439 adults were surveyed, aged between 18 and 80 years old, 67% of which were female and 33% were male, and in terms of qualitative data, a female individual with a history of abuse in the childhood. The results obtained demonstrate that exposure to these abuses leads to lower levels of ability to maintain emotional balance in adverse situations, a decrease in the expression of self-compassionate behaviors, as well as a greater expression of relationships with anxious attachment behaviors in adults.

Key words: Child Victimization; Adult Attachment; Self-compassion; Adults; Psychopathological Symptoms

Lista de Tabelas

Tabela 1- *Estatística Descritiva das Variáveis Presentes no Estudo*

Tabela 2 à 16- *Tabela de frequência do item 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 23, 25, 27*

Tabela 17- *Subescala do Índice de negação*

Tabela 18- *Média da escala de Autocompaixão*

Tabela 19- *Confiabilidade das várias escalas e as respectivas dimensões*

Tabela 20- *Correlações entre as variáveis do CTQ_SF e da escala SELFCS*

Tabela 21- *Correlações entre as dimensões do instrumento CTQ_SF e da escala EADS_21 nas dimensões da Depressão, Ansiedade e Stress*

Tabela 22- *Correlações dimensões do CTQ_SF e da escala EVA*

Tabela 23- *Correlações entre as dimensões das escalas EVA, EADS_21 e SELFCS.*

Tabela 24- *Diferenças estatísticas nas médias dos grupos*

Tabela 25- *Análise da Regressão Linear escala da Autocompaixão*

Tabela 26- *Análise da Regressão Linear escala da Vinculação*

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

M – Média

n - Número de participantes da amostra

% - Percentagem

α - Alfa de Cronbach

DP - Desvio padrão

p – Significância

CTQ_SF – Questionário de Trauma Infantil

SELFCS – Escala de Autocompaixão

EVA – Escala de Vinculação do Adulto

EADS_21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

OMS - Organização Mundial de Saúde

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	IV
Abstract	V
Lista de Tabelas	VI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	VII
Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
Teoria da Vinculação e Parentalidade	3
Vitimização na Infância	6
<i>Consequências da Vitimização Infantil</i>	11
<i>Desenvolvimento de Sintomas Psicopatológicos</i>	13
Autocompaixão	18
Fatores Protetores da Saúde Mental	24
Vinculação na Idade Adulta	26
<i>Dependência Emocional</i>	32
Objetivos	35
Método	36
Participantes	36
Instrumentos	37
Procedimento	43
Resultados	45
Resultados Quantitativos	45
Resultados Qualitativos	58
Discussão	62
Conclusão	69
Referências	72

Anexos	81
Anexo A- Consentimento informado.....	81
Anexo B- Instrumento SELFCS	82
Anexo C- Instrumento EVA	84
Anexo D- Instrumento EADS_21	85
Anexo E- Instrumento CTQ_SF	86
Anexo F- Questionário Sociodemográfico	88
Anexo G- Tabela de Orientação da Entrevista Semiestruturada- Estudo de caso	89

Introdução

Estudos debruçam-se sobre o impacto dos maus-tratos experienciados na infância, na idade adulta, nomeadamente na expressão de perturbações do foro psicológico, bem como, na perpetuação destes comportamentos agressivos posteriormente nas práticas parentais. No entanto, existem poucos estudos que procuram compreender o impacto deste tipo de vinculação estabelecida em fases de vida iniciais, sobre a forma como estes vão estabelecer uma relação consigo próprios, ao nível da autocompaixão.

O presente trabalho, pretende compreender de que forma é que sofrer situações de abuso na infância, tem impacto na vida adulta, ao nível da autocompaixão, na expressão de sintomas de ansiedade, depressão e stress, bem como, na forma como estes indivíduos se vão relacionar com outros, por exemplo em relação à ansiedade no estabelecimento de relações interpessoais, relacionadas ao medo de abandono, ao contacto com a proximidade, ou seja a forma como estes se sentem confortáveis em serem íntimos com outra pessoa e relativamente à confiança. É pretendido fazer correlações entre estes vários constructos, e compreender de que forma é que se interligam.

Este estudo demonstra-se pertinente, no sentido em que, pretende relacionar a questão dos abusos sofridos em tenra idade em todo o funcionamento relacional, psicológico e de utilização de recursos de inteligência emocional para lidar com estas situações. Para além disto, torna-se importante estudar a autocompaixão, devido à forma como causa impacto, no quotidiano dos indivíduos e na sua forma de lidar com eventos de vida menos positivos ou ações indesejadas que não vão ao encontro com os padrões idealizados pelos mesmos.

Este trabalho está dividido em capítulos, começando no capítulo I com a introdução ao trabalho, em seguida, com o capítulo II, onde se encontra o corpo teórico, na primeira parte deste capítulo, são abordadas questões relativas à parentalidade e importância da vinculação na infância, na segunda parte, é abordada a vitimização na infância, posteriormente na terceira

parte é abordada a expressão de sintomas de psicopatologia, na quarta parte a autocompaixão e como esta pode estar correlacionada com os abusos e e por fim na quinta parte a vinculação na idade adulta. Por fim, os restantes capítulos, III relativo ao método, e o capítulo IV, a conclusão e o V, relativo às referências.

Enquadramento Teórico

Teoria da Vinculação e Parentalidade

A parentalidade representa um elemento-chave para a condição do ser humano, uma vez que, é através desta relação, que são transmitidos valores, desenvolvidas competências e atitudes (Lima, 2018). Esta é exercida pelas figuras parentais (e.g., pais ou cuidadores), na qual são praticadas um conjunto de ações junto dos filhos, com o intuito de promover e incentivar um desenvolvimento saudável da criança, bem como, assegurar a sua segurança, sendo estas ações influenciadas pelos recursos presentes dentro do núcleo familiar e na comunidade (Lima, 2018; Pratas et al., 2017). Este constructo, atualmente é estudado, de forma a promover uma parentalidade positiva, sendo bastante pertinente uma vez que, influência o desenvolvimento da criança. É na família que esta cresce e se desenvolve, nomeadamente as suas capacidades a nível social, emocional, e cognitivas, necessitando de um ambiente específico para este desenvolvimento ocorrer, deste modo, torna-se importante o estudo da parentalidade e compreensão dos processos que ocorrem na família e que podem ter um papel preponderante na criança (Bettencourt, 2017).

A saúde da criança demonstra-se importante no estudo destas temáticas, uma vez que é possível compreender indicadores que promovem o seu bem-estar e a partir disso, promover a saúde infantil das mesmas (Lopes et al., 2010). Desta forma, surge a parentalidade positiva, onde é pretendido promover um padrão de relacionamentos saudáveis entre pais e filhos, na forma de comunicação, no respeito, na presença de afetos positivos, autoridade e competências relacionais (Bettencourt, 2017). A parentalidade positiva é a ação parental que tem como foco central o interesse da criança, garantido a satisfação das suas necessidades e o seu desenvolvimento, sem o uso da violência, orientando e delimitando limites do comportamento da criança, trabalhando para o seu potencial de desenvolvimento (Pratas et al., 2017). A prática da parentalidade positiva é fundamental nos três primeiros anos de vida, uma vez que,

proporciona um aumento da autoestima e autoconfiança da criança. Esta baseia-se num relacionamento positivo, onde o carinho que os pais oferecem e o envolvimento com a criança são fatores preponderantes neste tipo de relacionamento. É esperado que as figuras parentais percecionem os comportamentos e qualidades positivas da criança, estando disponíveis, atentos e ativos, demonstrando carinho e respeito e respondendo de forma positiva às solicitações da criança. Para além disto, estes devem assumir atitudes que promovam a comunicação afetiva, expressando corretamente emoções direcionadas às crianças, emoções positivas e afeto, tanto físico como verbal, interação entre pais e filhos. Contudo existe uma necessidade de extinguir atitudes punitivas violentas e rejeição para uma boa prática da parentalidade positiva (Lopes et al., 2010). Deste modo, no seguimento desta linha de pensamento, a teoria da vinculação de John Bowlby, vem a destacar o papel dos vínculos afetivos na parentalidade (Bowlby, 1979). Esta baseia-se no facto do ser humano apresentar uma tendência para a construção de vínculos afetivos, tendência esta, que surge no início de vida, numa situação de vulnerabilidade fisiológica, onde se espera que estas necessidades, nesta fase do desenvolvimento, sejam suprimidas por alguém (Becker et al., 2019). A teoria da vinculação, atualmente ainda é citada nas investigações que decorrem, demonstrando a sua importância para o desenvolvimento infantil. Tendo em conta os estilos parentais presentes, o estudo de Mota e Ferreira, demonstram a atualidade desta teoria, uma vez que, de acordo com a mesma, as figuras parentais representam um fator preponderante para o desenvolvimento da criança, uma vez que, os laços afetivos, desde o momento em que a criança nasce, assumem uma importância significativa no que diz respeito ao desenvolvimento social e afetivo (Mota & Ferreira, 2019). A vinculação caracteriza-se por um laço afetivo entre a criança e a figura cuidadora principal, sendo desenvolvida ao longo da infância juventude e considerada como uma fonte de segurança, apoio e conforto (Granja & Mota, 2018).

Na adolescência, as relações que podem ser estabelecidas, são essencialmente com base na partilha de experiências vividas em conjunto, nos afetos, e nos interesses em comum. Deste modo, os jovens procuram relações que permitam a identificação com os próprios, sendo que estas são um fator extremamente importante para o crescimento pessoal do jovem. Embora estas relações sejam estabelecidas na adolescência, estas, estabelecem vínculos de forma diferente ao vínculo estabelecido com os pais (Melo & Mota, 2013), a relação que ocorre entre mãe-filho e pai-filho, é a base de suporte para que as crianças aprendam a relacionarem-se com outros (Mota & Ferreira, 2019), no entanto, este novo vínculo inclui à mesma a presença de figuras de segurança que podem fornecer apoio e suporte, mas com os pais passa por um vínculo mais seguro (Melo & Mota, 2013). Para além da importância das relações primordiais com os pais, ao nível da aprendizagem nos novos relacionamentos que se seguem, estes ainda promovem a criança a pensar, comunicar, interpretar conteúdos exteriores, e expressarem-se (Mota & Ferreira, 2019).

Riggs (2010), propõe a apresentação de um modelo elaborado com base na teoria da vinculação, descrevendo como funciona o ciclo do abuso emocional na infância na ausência de intervenção. Este modelo explica que este tipo de abuso contribui negativamente para o estabelecimento da vinculação na primeira infância e que posteriormente irá conduzi a uma organização de vinculação insegura, défices na regulação emocional, modelos internos negativos sobre si e sobre os outros promovendo respostas de enfrentamento disfuncionais. Quando este sujeito se desenvolve, começa a apresentar défices que propiciam à elaboração de esquemas interpessoais mal adaptativos interferindo no estabelecimento de relações sociais, nomeadamente na infância, adolescência e posteriormente no sistema de vinculação ao nível das relações íntimas em idade adulta com padrões relacionais de insegurança, sendo estes um risco para a dor psicológica (Riggs, 2010). Desta forma compreende-se a importância da dinâmica familiar, sobre a compreensão do desenvolvimento afetivo da criança (Mota &

Ferreira, 2019). O conceito de vinculação em primeira instância, é um conceito que se associa à relação afetiva que ocorre com uma figura de vinculação, nomeadamente os pais ou respetivos cuidadores da criança, no entanto, o processo de vinculação continua ao longo da vida, ampliando-se para outro tipo de figuras de vinculação, podendo estas ser relações de amizades próximas e relacionamentos amorosos (Melo & Mota, 2013).

Na parentalidade positiva são reforçadas as interações, com base nas emoções positivas, atenção e validação dos pais sobre o comportamento e atitudes dos filhos, bem como, a eliminação da rejeição por parte dos mesmos (Lopes et al., 2010), sendo também observável este enfoque, na teoria da vinculação, uma vez que, a dinâmica relacional positiva entre os pais e a criança, caracteriza-se como um fator de proteção para o desenvolvimento psicoafetivo saudável das crianças (Becker et al., 2019). Em contrapartida, as práticas parentais negativas, onde está presente a falta ou ausência de afeto, má comunicação e uso de práticas punitivas de disciplina, associam-se a um desenvolvimento da criança deficitário, colocando o desenvolvimento normal da criança em risco, podendo esta, vir a apresentar um rendimento escolar mais reduzido, baixas competências sociais e problemas de comportamento (Pereira et al., 2020). Por consequência, quando estas práticas estão presentes no quotidiano da criança, existe um comprometimento na segurança no lar, lugar este, que deveria promover um ambiente seguro, de acolhimento e afetividade. No momento em que estas situações ocorrem e quando este ambiente se torna hostil, existe um comprometimento na saúde da criança e no seu desenvolvimento, sendo esta, uma criança vitimizada (Ferreira, Côrtes & Gotijo, 2019).

Vitimização na Infância

Segundo o Manual Inspire (OMS, 2018) a violência define-se por:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha

grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (p.14).

O vivenciar de maus-tratos na infância tem sido bastante estudado pelos investigadores, na qual tem sido revelada uma associação entre esta experiência e consequências a longo prazo na saúde do indivíduo (Dias et al., 2015). De acordo com várias investigações, compreende-se que indivíduos que são expostos a situações traumáticas na infância e adolescência, como abuso sexual, físico, emocional ou negligência, apresentam um risco mais elevado para o desenvolvimento de perturbações de personalidade, (Rebeschini, 2017), problemas de saúde física (Thoma et al., 2021), perturbações do foro psicológico, nomeadamente, o desenvolvimento da perturbação depressiva (Ross et al., 2019), ansiedade na idade adulta (Messman-Moore & Bhuptani, 2020), abuso de substâncias, tentativas de suicídio (Wu et al., 2018), agressividade e tendência a repetir estes mesmos comportamentos posteriormente, perturbações alimentares e uma perceção negativa de si próprio (Çelik & Odaceu, 2012).

A vitimização na infância representa a vivência de experiências negativas, graves, com as pessoas que estão próximas da criança, podendo estas ser manifestadas pelos pais, cuidadores ou membro da família, que prejudiquem ou ameacem o normal desenvolvimento da criança, comprometendo a sua saúde física e mental. No que concerne às características de cada abuso, é possível descrever o abuso sexual como, qualquer tentativa ou ato sexual consumado (Dias et al., 2015), o abuso emocional como, todo o ato de maus tratos emocionais, como por exemplo agressões verbais, humilhações ou ameaças que afetem a moral e o bem estar da criança (Tomaz, 2020), o abuso físico como, todo o tipo de uso de força física que resulte ou possibilite algum dano físico, a negligência física, que diz respeito à ausência de prestação de cuidados básicos que a criança necessite, nomeadamente, cuidados relativos à higiene, cuidados médicos, segurança, alimentação adequada e supervisão (Dias et al., 2015), e por último, a

negligência emocional, que se refere à ausência em fornecer as necessidades psicológicas e emocionais como carinho, amor e apoio (Tomaz, 2020).

A violência que ocorre nas famílias, surge de um ciclo transgeracional, ou seja, passa de geração em geração entre as famílias, levando pais a aprender com as famílias de origem e a repetir tais comportamentos com os próprios filhos, (Rosa, Haack & Falcke, 2015), e estes comportamentos podem ocorrer também na relação com parceiros amorosos (Margolin et al., 2016) deste modo, é um tema importante de investigar como forma de compreender e refletir as características que atenuam esta transferência de violência (Rosa, Haack & Falcke, 2015). Várias teorias defendem que o papel parental pode sofrer influências devido à experiência passada vivenciada com os pais em tenra idade, nomeadamente a teoria familiar sistémica, a teoria da vinculação e a teoria da aprendizagem social, embora se diferenciem na justificação desta influência. Desta forma a teoria familiar sistémica, explica que este processo ocorre, devido à construção de papéis que devem ser adotados por cada membro da família, ditando o que deve ser realizado ou não, no relacionamento familiar, para que posteriormente, se repitam estes padrões nas várias gerações. Já na teoria da aprendizagem social, explica esta problemática com o conceito de modelagem, na qual os indivíduos aprendem determinados comportamentos através da observação podendo levar à repetição dos mesmos, especialmente se os filhos se identificarem com estas figuras (Marin et al., 2013). Pais que são agressivos para os filhos, tendem a demonstrar e reforçar este tipo de comportamento perante os mesmos, e os filhos acabam por dar continuidade a esta violência, uma vez que acabam por beneficiar ao utilizar condutas agressivas, por serem aprovadas pelos progenitores (Rosa, Haack & Falcke, 2015). Por fim, na teoria da vinculação, este processo é explicado através das experiências iniciais com a figura vinculativa, na qual se constrói modelos sobre o outro e sobre si próprio, influenciando as relações futuras, e servindo de base para replicar as mesmas ações ou modificá-las perante os filhos (Marin et al., 2013).

Investigações científicas demonstram que a existência de vitimização na infância, aumenta a probabilidade do indivíduo perceber esta violência com maior aceitação e no futuro, adotar o mesmo tipo de comportamentos com os filhos, repetindo o padrão de violência sofrido. Grande parte dos estilos parentais adotados, procedem de modelos às quais foram expostos na sua infância e adolescência. Contudo, embora a experiência vivenciada na infância seja um fator importante na transmissão da violência, nem todos os pais, voltam a repetir os mesmos comportamentos com os seus filhos (Boas & Dessen, 2019). Algumas pessoas conseguem quebrar o modelo parental aprendido, de forma a não dar continuidade nas próximas gerações. Alguns fatores para quebrar este ciclo podem ser, a presença de um relacionamento amoroso estável, a procura de apoio psicológico, uma grande capacidade de resiliência infantil, coesão familiar, apoio social, ainda pode haver fatores protetores internos relacionados com o próprio indivíduo que contribuem para o término do ciclo da violência familiar (Rosa, Haack & Falcke, 2015). Outros autores referem que os fatores que influenciam este processo são, o grau de severidade da violência sofrida na infância, a perspectiva que o indivíduo tem acerca desta experiência, a qualidade da relação parental da família destes indivíduos, os sintomas que surgem desta exposição à violência, o apoio social e conhecimentos acerca das consequências da violência (Boas & Dessen, 2019). Outros estudos indicam que, os fatores que contribuem para o número elevado de casos de violência familiar são, a desigualdade de poder, os papéis sexuais tradicionais, que têm impacto nas relações familiares e levam a uma maior prevalência, a tendência à repetição das experiências vividas na infância, para além destes, o abandono materno e abuso de substâncias. Existem dois fatores fundamentais que podem impactar nas relações violentas, tais como as características pessoais e o contexto em que a família se encontra, a presença de violência da família de origem associa-se a violência conjugal. A violência conjugal, torna-se um fator de risco, contudo não se caracteriza necessária para a expressão da violência (Rosa, Haack & Falcke, 2015).

Um estudo realizado por Jaffee e colaboradores (2013), investigou a continuidade da experiência de maus-tratos ao longo de duas gerações, de forma a compreender as diferenças de mães que mantiveram a conduta agressiva, para mães que quebraram o ciclo. Estes autores concluíram que cerca de metade das famílias em que as mães tinham vivenciado maus-tratos na infância, quebrou o ciclo da violência. Identificaram como fatores de risco para a manutenção do comportamento agressivo, taxas mais altas de depressão, uso de substâncias, desvantagens a nível social, violência doméstica, bem como, a presença de comportamento antissocial, com expressão de pouco afetividade com os filhos e descrevendo as relações com parceiros menos próximas e de pouca confiança. Já as mães que quebraram o ciclo de violência, relataram relacionamentos positivos com os parceiros íntimos, e um grande nível de afetividade para com os filhos. Famílias em que o ciclo de violência cessou, foram as que as mães tinham uma postura segura com relacionamentos saudáveis (Jaffe et al., 2013). Para além disto, investigadores procuraram compreender o nível de expressividade das experiências adversas na infância entre homens e mulheres, e concluíram através dos seus resultados, que as mulheres apresentavam um valor mais elevado no abuso emocional, negligência emocional, abuso físico e negligência física (Alves, Dutra & Maia, 2013).

A nível fisiológico, a experiência de maus-tratos na infância pode trazer consequências a nível da regulação fisiológica. Viver num ambiente instável e agressivo, conduz a uma ativação da resposta ao stress, podendo trazer consequências a longo prazo mais graves. A hormona do stress, nomeadamente o cortisol, pode ser libertada de forma a preparar o corpo para determinada situação de stress, deste modo, a exposição frequente pode sensibilizar o sistema responsável por esta resposta, resultando em níveis persistentemente altos de cortisol, bem como, a ativação do sistema nervoso simpático, por norma ativados para a luta ou fuga a uma eventual ameaça. Esta ativação constante acaba por levar a problemas de hipervigilância,

hostilidade ou retraimento, acabando por deixar sequências mais graves na saúde do indivíduo (Margolin et al., 2016).

Consequências da Vitimização Infantil

Uma das consequências da vitimização infantil é o desenvolvimento da perturbação depressiva, sendo mais observável em indivíduos que passam por estas situações adversas na infância, experimentarem episódios depressivos e persistentes do que indivíduos que não passaram por maus-tratos (Ross et al., 2019). Os maus-tratos infantis tem repercussões de longa duração no funcionamento psicológico. Ao se desenvolverem, estes indivíduos na entrada da fase de adulto, podem ter dificuldades e incertezas em algumas áreas das suas vidas, nomeadamente a nível social, com parceiros românticos, nas interações ao nível de amigos, nas capacidades profissionais. Deste modo, estas consequências a longo prazo podem comprometer o bem-estar subjetivo do adulto e identificação com outras pessoas, ao nível da vinculação, do ajustamento sócio emocional, hostilidade, ou por exemplo, mais relacionado a relações íntimas, mais especificamente, o desenvolvimento de uma sensibilidade à rejeição (Wu et al., 2021). Com esta exposição aumenta a possibilidade de desenvolvimento de perturbações do foro psicológico para além da depressão e ansiedade, tais como, as somatizações, perturbações do sono, bem como, outro tipo de resultados, nomeadamente, o uso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, hostilidade e paranoia (Dias et al., 2015).

Outra consequência que surge deste tipo de trauma na infância, é a auto percepção negativa, ou seja, a forma como esta pessoa se vê a si própria é desvalorizada. Esta forma de leitura interna é formada principalmente através das interações com os outros na infância, sendo que, quando existe uma experiência positiva leva a uma auto percepção positiva, e contrariamente, na eventualidade de ter ocorrido uma experiência traumática, conduz a uma percepção negativa de si próprio (Çelik & Odaci, 2012). Tem sido demonstrado em vários estudos, que o abuso emocional em específico, aumenta a probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver

problemas internalizantes, especificamente, ansiedade social. Contudo, ainda não foi possível compreender integralmente quais os mecanismos associados ao abuso emocional e à ansiedade social, mas, uma possível explicação, associa-se à autoexperiência ser influenciada pela experiência de abuso emocional. Esta explicação descreve, como as relações entre pais e filhos que se transcrevem em experiências negativas, podem os indivíduos a internalizar estas experiências negativas nas suas percepções de si próprios e dos outros (Chen & Qin, 2020). Estudos procuram encontrar os diferentes tipos de estratégias face à vivência de situações geradoras de stress, identificado dois tipos, uma que envolve uma reavaliação cognitiva e outra mal adaptativa incluindo a supressão emocional e negação do ocorrido. A primeira, descreve situações em que o individuo pensa sobre a situação em si, na sua responsabilidade ou não face a situação, conduzindo a uma menor internalização de sentimentos de conotação negativa, já a segunda envolve uma resposta de negação dos eventos ocorridos, bem como uma supressão do que o individuo está a sentir, propiciando ao aparecimento de sintomas de psicopatologia (Gruhn & Compas, 2020).

Para além do referido, quando o trauma infantil persiste, as crianças acabam por desenvolver um comportamento submisso como mecanismo de proteção nos estágios de desenvolvimento posteriores. Podem surgir manifestações de comportamento submisso, descrevendo um tipo de pessoa, incapaz de ofender os outros, manifestar a sua opinião ou descontentamento, sempre com a necessidade em agradar todos, excessivamente generoso, com dificuldade em dizer não e com extrema necessidade de aprovação para as mais variadas situações do seu dia-a-dia. Os principais fatores que desencadeiam o comportamento submisso é o ambiente familiar e social presentes na infância deste sujeito e as percepções em relação a estes (Çelik & Odaci, 2012). Alguns estudos relatam como determinados abusos contra as crianças se destacam, como principais agentes, para o desencadear de perturbações mentais na idade adulta (Dias et al., 2015), sendo que num estudo liderado por Nunes e colaboradores, 30

a 40% da população adulta revela ter passado por alguma adversidade na infância (Nunes et al., 2020).

Desenvolvimento de Sintomas Psicopatológicos

Várias investigações têm procurado respostas, em torno das consequências dos maus-tratos na idade adulta, demonstrando existir uma associação entre o maltrato sofrido na infância, e expressão de doença física e mental na idade adulta. E, deste modo, a avaliação de maus-tratos na infância em adultos é um fator importante a ter em consideração na prática clínica e de investigação (Dias et al., 2013). A saúde mental é um conceito que se encontra ligado aos relacionamentos sociais e aspetos abarcados nesta dimensão, bem como, ao nível da saúde física, sendo esta indispensável para o bem-estar de qualquer pessoa (OMS, 2001). Este conceito é de difícil definição, uma vez que os critérios para a saúde ou doença, são influenciados pela cultura e determinadas normas que essa adota, bem como, pelos valores de determinado tempo histórico (Sousa & Baptista, 2008). Deste modo, estas três dimensões são responsáveis pelo equilíbrio do individuo e consecutivamente para a expressão de saúde (OMS, 2001). A saúde mental positiva, engloba três aspetos fundamentais, nomeadamente a forma como o individuo funciona, ou seja, em relação ao seu funcionamento psicológico; os sentimentos de felicidade que este pode experienciar, e satisfação com a vida e por último, o seu funcionamento ao nível social. Deste modo, a saúde mental está altamente relacionada ao bem-estar do individuo (Westerhof & Keyes, 2010).

A teoria de diferenciação do *self*, demonstra como esta diferenciação tem impacto na saúde e bem-estar psicológico (Pereira & Grzybowski, 2020). Esta diferenciação, é a capacidade que o individuo apresenta para ter um equilíbrio emocional, intelectual e nas relações, de forma a conseguir gerir a ansiedade que pode sentir, pelo tipo de funcionamento familiar presente, apresentando competências para lidar com estes conflitos, sem que tenha que ceder a críticas ou opiniões de outros (Fiorini & Bardagi, 2018; Pereira & Grzybowski, 2020). Níveis mais

altos, associam-se à presença de um bem-estar psicológico, ou seja, a presença de saúde mental, a um melhor ajustamento e relacionamento interpessoal. Pessoas que apresentem um nível mais baixo, consecutivamente tem mais tendência para não serem capazes de lidar com certas circunstâncias, estando associado a perturbações mentais, tais como a ansiedade e depressão (Pereira & Grzybowski, 2020).

A ansiedade, ou presença de sintomas ansiosos apresenta consequências no indivíduo, nomeadamente ao nível social, onde existe uma congruência com o facto da saúde mental ter uma componente social envolvida. Estes indivíduos têm mais dificuldade nas relações interpessoais, existindo uma dificuldade no estabelecimento de relações de qualidade, o que também poderá ter impacto a nível profissional, bem como, ao nível das atividades pessoais (Beltrami et al., 2013). Esta manifestação é uma reação de alerta no corpo, normal, que acontece em situações que pode existir um possível perigo para o indivíduo, sendo desta forma necessária (Pereira & Kohlsdorf, 2014). Nas perturbações de ansiedade, os sintomas que mais se expressam são, o medo e ansiedade excessivos, e alterações do comportamento. Sendo que este medo é uma resposta emocional a uma possível ameaça iminente, real ou percebida, enquanto a ansiedade antecipa uma futura ameaça. O medo associa-se a picos de excitação necessários para situações de fuga ou luta, pensamentos de perigo e comportamentos de fuga. Esta associa-se a uma tensão muscular e a um estado de vigília exacerbado, dificuldades de concentração, agitação e nervosismo, irritabilidade e também podem estar presentes perturbações do sono (APA, 2013). O estudo de Júnior e colaboradores, refere que, os sintomas de ansiedade e depressão associam-se a fatores ambientais e biológicos (Junior et al., 2014). Destes fatores ambientais, são distinguidos a parentalidade e o ambiente familiar, no papel influenciador para o desenvolvimento de perturbação de ansiedade (Drake & Ginsburg, 2011).

Já nas perturbações depressivas, estão envolvidas alterações no afeto, cognição e funções neurovegetativas (APA, 2013). A depressão pode prejudicar os relacionamentos, aumentando

as ruminações, e a expressão do afeto negativo, diminuindo a satisfação (Chung et al., 2021). Na perturbação depressiva major, existe uma manifestação de sintomas no critério A, como humor deprimido, que ocorre na maior parte do dia; uma diminuição do interesse na realização de várias atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias; pode existir uma perda ou um aumento do peso, devido a alteração do apetite; presença de insónia ou hipersónia; uma agitação ou lentificação psicomotora; presença de fadiga ou ausência de energia; estes indivíduos sentem-se sem valor ou apresentam sentimentos de culpa excessiva e inadequada; uma diminuição da capacidade de raciocínio, a dificuldade em tomar decisões; pode existir a presença de pensamentos relacionados com a morte. No critério B, estes sintomas causam um mal-estar significativo na vida do indivíduo, e C, o episódio não se atribui devido a efeitos de uma substância ou outra condição médica (APA, 2013). Na expressão destes sintomas ansiosos e depressivos, existem fatores de proteção e fatores de risco para a manifestação dos mesmos. Os fatores de risco são aqueles que se associam a uma maior presença destes sintomas e pior saúde mental, enquanto os fatores de proteção, são aqueles em que as experiências ambientais, promovem a uma menor expressão destes sintomas e consequentemente, um índice de saúde mental mais elevado (Junior et al., 2014).

Relativamente ao impacto que cada abuso pode desencadear, estudos demonstram que na experiência de abuso emocional, são mais frequentemente associadas reações como, uma autoavaliação negativa tendo por base uma baixa autoestima, ansiedade. Para além disto, estes indivíduos que foram vítimas de abuso emocional ainda apresentam um tipo de relações interpessoais sensível (Dias et al., 2015). No estudo de Dias e colaboradores, é ressaltada a negligência emocional como a experiência mais relatada, sendo possível observar uma maior prevalência de abuso emocional vivido pelo sexo feminino e abuso físico mais relacionado ao sexo masculino. Contudo, o abuso sexual e físico são os menos expostos, sendo possível observar que a exposição ao abuso emocional é o preditor mais significativo em resposta aos

sintomas psicológicos, tais como a depressão, a sensibilidade nas relações interpessoais e na ideação paranoide (Dias et al., 2015).

No estudo de Thoma e colaboradores, é relatada uma alta prevalência de abusos infantis no grupo de risco (indivíduos pelos quais passaram por instituições de acolhimento e orfanatos), mas também, é possível observar, que o grupo de controlo também apresenta experiências de maus-tratos altas, em famílias que não são de acolhimento ou instituições para esse fim. Cerca de metade da amostra de controlo, relata abuso emocional de baixo a extremo (50%), negligência física (44%) e negligência emocional (73%), apontando para a realidade dos maus-tratos serem um fenómeno comum nas famílias de hoje em dia (Thoma et al., 2021). Comparativamente, no estudo de Wu e colaboradores (2021), é possível constatar também, que os abusos mais prevalentes são a negligência emocional (64,5%), a negligência física (62,6%) e o abuso emocional (29,6%). Cerca de 60% dos participantes relataram ter sofrido mais do que um tipo de abuso (Wu et al., 2021). Numa investigação direcionada por Thoma e colaboradores, relativa às perturbações mentais na experiência de vitimização na infância, os resultados apontam para a presença de perturbações em ambos os grupos (grupo de risco 56,8%, grupo de controlo 36%). As perturbações mais comuns no grupo de risco foram a depressão, stress pós-traumático e distímia ao longo da vida. A maioria das perturbações foi mais prevalente no grupo de risco, exceto na hipocondria, fobia generalizada, pensamentos obsessivos, perturbações associadas ao consumo de substâncias e perturbações do sono (Thoma et al., 2021).

O estudo de Martins e colaboradores (2019), procurou compreender se existiam diferenças entre o sexo masculino e feminino ao nível da expressividade de sintomas de stress ansiedade e depressão, tendo encontrado resultados interessantes. Os resultados demonstraram que os valores ao nível da ansiedade e stress, para a sua amostra, foram semelhantes entre homens e mulheres, e que isto pode sugerir aos investigadores para terem um olhar sobre a diferença

entre homens e mulheres mais similar, nas questões emocionais (Martins, Silva, Maroco & Campos, 2019). Dias e colaboradores, realizaram um estudo sobre a comparação de uma amostra portuguesa de indivíduos que passaram por maus-tratos infantis e respectivas repercussões ao nível da saúde mental, com outros países e concluíram que a negligência emocional e o abuso emocional foram os tipos de maus-tratos mais referidos, sendo que as mulheres apresentam percentagens mais altas de abuso emocional e os homens de abuso físico. Em relação à comparação entre países, este estudo relata que existe menos abuso físico e sexual perpetrado em Portugal do que no Estado Unidos da América ou Alemanha. Contudo, Portugal e EUA, apresentam pontuações mais elevadas para o abuso emocional. Para além disto, foram observadas correlações mais elevadas entre o abuso emocional e os sintomas psicológicos, do que qualquer outro tipo de abuso (Dias et al., 2015).

Os abusos infantis podem ainda levar o indivíduo a encontrar estratégias de gestão de problemas disfuncionais e consequências negativas, nomeadamente problemas comportamentais, emocionais e perturbação de stress pós-traumático. Estas crianças, podem-se desenvolver, tornarem-se adultos e tratarem-se a si próprios com a mesma hostilidade na qual foram tratadas pelos cuidadores, mantendo uma visão disfuncional do seu próprio ser. As críticas dirigidas a estes, através do abuso emocional, podem levar a pensamentos e crenças disfuncionais, de vergonha e desadequação, conduzindo também à presença de um autojulgamento (Wu et al., 2021). Estes indivíduos que passaram por situações adversas na infância, apresentam uma autocrítica e culpabilidade mais elevada, contrastando então com o conceito de autocompaixão. Por consequente, surge a importância do estudo sobre a temática da autocompaixão, uma vez que, os maus-tratos têm um forte impacto na forma como a criança se vê a si própria, e como, mais tarde, vem a desenvolver um conceito negativo sobre si, visão esta, criada através da perceção sugerida pelos próprios cuidadores (Ross et al., 2019). Pais que não têm comportamentos julgadores ou punitivos perante os filhos, mas sim, são compassivos,

permanecem com uma atitude de preocupação amor e bondade para com os mesmos (Neff, 2003). Indivíduos que tiveram mais apoio materno anterior e bom funcionamento familiar apresentam maiores níveis de autocompaixão e conseqüentemente resultados psicológicos positivos, ou seja, uma maior capacidade de ser otimista e feliz, do que aqueles com famílias mais disfuncionais e menos coesas (Ross et al., 2019).

Autocompaixão

A capacidade que uma pessoa tem de responder a si próprio, a situações que vivência na sua vida, de forma gentil, carinhosa e amável, com a ausência de críticas internas negativas e culpa (Ross et al., 2019), que permite uma perspectiva equilibrada sobre a situação experimentada, denomina-se de autocompaixão (Wu et al., 2021). O conceito de autocompaixão relaciona-se com o conceito de compaixão, a compaixão é a capacidade de compreender o sofrimento das outras pessoas, abrir a consciência para uma dor que não é a nossa, não a evitando nem julgando, mas sim, deixando despertar sentimentos de bondade para com os mesmos, com o intuito de auxiliar no alívio do sofrimento. Já a autocompaixão também atua da mesma maneira, no entanto esta é destinada ao próprio, envolvendo abertura ao próprio sofrimento com bondade e compreensão por possíveis fracassos ou inadequações que possam ter ocorrido em certas circunstâncias (Neff, 2003).

O estudo da autocompaixão é um foco de investigação debatido há cerca de 15 anos, estando integrado na psicologia positiva dentro do estudo da psicologia clínica, este tema é importante estudar, uma vez considerado como um possível fator protetor no desenvolvimento de perturbações mentais (Muris & Otgaar, 2020). Liang Shuming, iniciou o conceito de budismo psicológico, baseado em psicologia, sendo que a psicologia budista chamou a atenção de vários investigadores ao longo do tempo. Começaram a surgir mais pesquisas em torno do conceito da meditação, atenção plena e outros construtos elementares da psicologia budista, dando origem a psicoterapias baseadas nos mesmos (Peng & Shen, 2012). Por conseguinte, as

terapias cognitivo comportamentais de terceira geração, enfatizam a importância do afeto positivo no processo terapêutico, e têm como objetivo, aliviar o sofrimento psicológico através da alteração de como indivíduo lida com os seus problemas. Alguns exemplos destas terapias são, a terapia de aceitação e compromisso, a terapia cognitiva baseada em mindfulness, a terapia comportamental dialética e a terapia focada na compaixão. Um dos pontos mais importantes nas intervenções baseadas no afeto positivo, é o desenvolvimento de uma atitude ausente de julgamentos. Estas terapias, têm-se mostrado eficazes na promoção do bem-estar, na diminuição do sofrimento psicológico e conseqüentemente na diminuição do afeto negativo aumentando assim, o afeto positivo (MacBeth & Gumley, 2020). Estudos relatam a importância de intervenções focadas na autocompaixão, como forma de melhorar a autorregulação do comportamento de saúde. Cerca de 50% da mortalidade ocorre devido a estilos de vida pouco saudáveis, focados na ausência da prática desportiva e relacionados com dificuldades em manter um peso saudável, e problemas de saúde mental (Biber & Ellis, 2019).

A autocompaixão deste modo é ligada a esta psicologia budista, surgindo das ideias da filosofia budista oriental, e interligando-se com a atenção plena sobre os sentimentos causadores de sofrimento psicológico. Sob o olhar de investigadores orientais, a compaixão dentro da psicologia budista é interpretada como um método para ajudar os indivíduos no treino da sua própria consciência (Peng & Shen, 2012). As abordagens budistas focam-se na capacidade de dirigir a atenção para o sofrimento sentido, tendo como principal propósito aliviá-lo. No budismo, a intencionalidade e motivação são importantes, e a compaixão surge de um sistema de construções motivacionais, incluindo a equanimidade, bondade amorosa e alegria solidária (MacBeth & Gumley, 2020). Neste processo, os mesmos aprendem de forma gradual a aceitarem-se, tanto a si, como aos outros, de forma a obterem uma maior compreensão, autocuidado e capacidade de enfrentamento para lidarem com situações que possam causar instabilidade emocional (Peng & Shen, 2012).

Em termos teóricos, o que mais vai de encontro a autocompaixão é o modelo de auto relação, conceptualizado por Judith Jordan e colaboradores (1997), na qual visa descrever a auto relação como um processo em que o sujeito age de acordo com uma postura ausente de julgamentos, nesta visão, a empatia pelo próprio, relaciona-se à empatia pelos outros, em termos de sentir emocionalmente conectados aos outros, reconhecendo que passam por eventos semelhantes. Esta associa-se a um tipo de experiência relacional corretiva, na qual aspetos que seriam julgados passam a ser aceites com bondade. Para além desta perspetiva teórica, o trabalho dos psicólogos humanistas também se aproxima ao conceito de autocompaixão, uma vez que Maslow (1968), salienta a importância de auxiliar as pessoas na aceitação das imperfeições e sofrimento como necessárias para o processo de crescimento pessoal (Neff, 2003).

Deste mesmo modo, existem 3 constructos que compõem a autocompaixão podendo ser, por um lado um descritivo de autocompaixão, e por outro, ausentes de autocompaixão nomeadamente, a autobondade/autojulgamento, a humanidade comum/isolamento e por fim a atenção plena/superidentificação (Biber & Ellis, 2019). No que concerne a descrição de cada construto, a autocompaixão é aquela que envolve comportamentos bondosos para consigo mesmo, estando ausente de críticas e julgamento, a humanidade comum, é aquela que diz respeito à capacidade de perceber que todos passamos por situações complicadas na vida e o sofrimento é algo experienciado por todos nós. E por fim, a atenção plena, que inclui uma consciência equilibrada em relação ao que pensamos e às experiências pelas quais passamos (Ross et al., 2019). Por consequência, a autocompaixão associa-se ao afeto positivo, bem-estar e satisfação com a vida, levando a que, quando existe uma maior autorregulação, as intervenções relacionadas com a temática da autocompaixão podem ser uma forma importante em casos de indivíduos que têm muito presente comportamentos rígidos, e que são autocríticos consigo mesmo (Biber & Ellis, 2019).

À medida que aumenta a aceitação, o desapego e uma postura de atenção plena, surge uma diminuição do autojulgamento, do mesmo modo, que se o indivíduo for capaz de parar de se repreender a si próprio e de se julgar durante tempo suficiente, conseguirá sentir um nível de autobondade, conseguirá manter uma consciência equilibrada ao nível do seu processamento emocional e ao nível dos pensamentos diminuindo as experiências emocionais negativas. Se este for capaz de perceber que o seu sofrimento e fracassos experimentados na sua vida, forem consequências globais e compartilhadas por outros, o nível de culpa diminuirá, bem como, o julgamento que a pessoa normalmente colocaria em si própria, diminuindo também, a sensação de solidão e singularidade (Neff, 2016).

Apesar da autocompaixão ser dirigida por comportamentos de aceitação do sofrimento, o mesmo não significa que estes comportamentos não sejam melhorados ou alterados em função do crescimento pessoal. Uma vez que, surge a atitude de gentileza e bondade, esta mesma permite fornecer uma segurança emocional, capaz de incentivar o indivíduo a refletir sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos desadaptativos, conduzindo a uma motivação para a mudança e crescimento. Ter um comportamento compassivo implica deste modo, a desistir de praticar comportamentos que são prejudiciais à saúde do indivíduo, e na qual este está habituado a efetuar, para substituir por outras ações promotoras de bem-estar, mesmo que seja inicialmente dolorosa esta substituição (Neff, 2003).

A autoestima e a autocompaixão são dois conceitos importantes na gestão de determinadas circunstâncias da vida, podendo constituírem-se como fatores de proteção em situações adversas. A autocompaixão, é considerada uma ferramenta de autorregulação eficaz para gerir o sofrimento emocional e enfrentar características como falhas ou dificuldades do próprio. Em situações de maus-tratos, estes sujeitos têm um défice no desenvolvimento da autocompaixão, acabando por fazer vir ao de cima, características como o autojulgamento e crítica e a autorrejeição (Wu et al., 2021). Já no caso da autoestima, esta é desenvolvida tendo por base,

a avaliação de outras pessoas sobre a nossa própria pessoa. Esta é moldada pelas experiências, pelo que os outros nos passam sobre nós mesmos, e deste modo, também infligidas em casos de maus-tratos infantis, numa perspetiva negativa. No caso de existir uma autoestima mais alta, esta pode ser vista como um fator facilitador da resiliência para adversidades ao longo da vida. Indivíduos que tem uma autoestima mais elevada, são capazes de manter relacionamentos mais funcionais, e bons resultados a nível académico e profissional, conduzindo a um bem-estar subjetivo, contrariamente, indivíduos com baixa autoestima, tem dificuldades em reconhecer o seu valor e ininterruptamente fazem avaliações negativas sobre si próprios (Wu et al., 2021).

A capacidade de exercer uma atitude saudável para connosco, é considerada um dos fatores mais importantes da resiliência e da preservação da saúde mental. Em estudos anteriores, era enfatizada a importância do estudo a autoestima, ou seja, da avaliação que o sujeito tem do seu valor próprio, mas, uma vez que esta é estável e resistente à mudança, acabou por ser um objeto de intervenção menos adequado. Desta mesma forma, a autocompaixão demonstra particular interesse, uma vez que tem potencial para terapia e intervenções psicológicas neste âmbito, contrariamente à autoestima. Estudos evidenciam tratamentos realizados, com o intuito de aumentar a resposta compassiva, demonstraram que estas intervenções sobre a autocompaixão, produziram um aumento do bem-estar, redução de sintomas de psicopatologia e aumentaram positivamente o nível de autocompaixão dos indivíduos submetidos a este tratamento (Muris & Otgar, 2020).

Para além do referido, um estudo realizado, permitiu compreender o impacto de intervenções sobre a autocompaixão na autorregulação de comportamentos de saúde, nas quais foi visível compreender através dos resultados, que a autocompaixão foi eficaz para melhorar os comportamentos de saúde, nomeadamente teve um impacto positivo na sintomatologia de perturbações alimentares, comer excessivamente, parar com os hábitos de fumo, a prática de exercício físico e comportamentos de autocuidado (Biber & Ellis, 2019). A maioria dos estudos

que utilizam a escala da autocompaixão desenvolvida por Kristin Neff, focam-se apenas do resultado da escala total (72%) e apenas alguns nas escalas individuais, quer sejam positivas, negativas ou combinadas (28%), sendo importante estudar mais as subescalas individualmente (Muris & Otgar, 2020).

O estudo Wu e colaboradores (2018), explorou os abusos infantis, os sintomas depressivos e a autocompaixão, demonstrando que, todos os tipos de maus-tratos foram significativamente correlacionados a sintomas depressivos, ou seja, a medida que estes aumentam, aumenta também estes sintomas. Para além disto, a autocompaixão foi negativamente correlacionada com os sintomas depressivos, com a negligência emocional e com o abuso emocional, ou seja, existe uma autocompaixão mais reduzida nestas situações. Os abusos mais relatados foram negligência emocional (64,5%), abusos físicos (62,6%) e o abuso emocional (29,6%) (Wu et al., 2018). Através da investigação de Ross e colaboradores, é demonstrado que, existe uma correlação estatisticamente significativa entre o abuso emocional e a depressão e um caminho indireto significativo entre a autocompaixão e vergonha. Estes resultados sugerem que o abuso emocional interfere na capacidade do indivíduo conseguir formar um relacionamento saudável e gentil consigo próprio (Ross et al., 2019). Além do mais, numa meta análise realizada, os autores pretenderam compreender a relação entre a compaixão e a presença de sintomatologia relacionada com a depressão, ansiedade e stress, os mesmos concluíram que níveis mais altos de compaixão foram associados a níveis mais baixos de sintomatologia e enfatizaram a importância da presença de uma atitude compassiva para a redução de sintomas de psicopatologia, aumento do bem-estar, e da capacidade de resiliência para situações adversas (MacBeth & Gumley, 2020).

Thoma e colaboradores (2021), realizaram uma investigação centrada nos maus-tratos infantis e traumas experienciados ao longo da vida, e no impacto destes na saúde mental, tendo em consideração a autoestima e auto compaixão e como estas podem ser um fator protetor

nestas situações de vida, através da comparação com um grupo de controlo (indivíduos não retirados das famílias) e um grupo de risco (indivíduos retirados da família que passaram por instituições residenciais e de acolhimento de crianças ou orfanatos). Os resultados indicam que, existem diferenças significativas no grupo de risco, em todos os tipos de maus-tratos do que no grupo de controlo. Em ambos os grupos, a autoestima atuou como um mediador significativo, mas a autocompaixão não nas relações entre o abuso emocional e negligência e a saúde mental (Thoma et al., 2021). Ainda é possível observar os resultados do estudo de Ross e colaboradores, na qual é demonstrado o impacto da experiência de abusos na infância na autocompaixão. Este estudo demonstra que embora os outros tipos de abuso controlados (negligência física, abuso sexual e abuso físico), os efeitos da negligência e do abuso emocional na autocompaixão são significativos, ou seja, os maus-tratos emocionais apresentam um grande impacto na construção dos vários significados sobre a experiência vivida. Para além deste resultado, existe uma correlação forte entre a negligência emocional e a depressão e autocompaixão, sugerindo que este tipo de abuso pode ser mais impactante do que o abuso emocional sobre a autocompaixão, sugerindo que devido à ausência de suporte emocional, o indivíduo desenvolva menos a autocompaixão do que em situações de abuso emocional em que o indivíduo internaliza as interações familiares emocionais abusivas (Ross et al., 2019). No entanto, estudos procuram identificar os principais motivos para indivíduos que vivenciaram traumas na infância, nomeadamente abusos, apresentarem uma boa funcionalidade na vida adulta, quer seja a nível social, individual, profissional ou parental (Caridade et al., 2018).

Fatores Protetores da Saúde Mental

Para alguns, determinado acontecimento pode provocar um desequilíbrio tão grande, ao ponto de causar uma impossibilidade de ultrapassar determinado obstáculo vivido (Angst, 2009), enquanto outros sujeitos, conseguem perante certos ambientes desfavoráveis e altamente adversos, manter um funcionamento adaptativo na idade adulta (Caridade et al.,

2018). Durante toda a vida os indivíduos procuram encontrar formas de superar adversidades ou traumas pelos quais passaram e adaptar-se a diferentes realidades, de forma a transformar experiências de vida negativas, em algo positivo, para que esta adaptação permita diminuir a reação dos mesmos aos acontecimentos ou para evitar o contacto com os mesmos. Este processo de adaptação, mais comumente designado por resiliência, surge a partir da experiência de um trauma (Camargo et al., 2017).

A resiliência define-se por um conceito que inclui a superação de eventos de stress ou adversidades vivenciadas pelo indivíduo. Esta é uma capacidade que permite que estes indivíduos se recuperem ou resistem a eventos que ameaçam a sua estabilidade. Esta é uma característica positiva, sendo uma resposta psicológica adaptativa, e protetora. Esta associa-se a três categorias de fatores de proteção, nomeadamente o temperamento, inteligência e habilidade cognitiva; a qualidade dos relacionamentos e fatores ambientais e às atividades regulares (Hornor, 2017). A resiliência é um fenómeno que é influenciado pela ausência ou presença de recursos de promoção de resiliência, quando estes recursos são trabalhados e estão presentes, melhora a capacidade de se ser resiliente. Esta capacidade permite que o indivíduo funcione de forma estável, apesar de estarem presente eventos de stress. Indivíduos que apresentam níveis mais altos de resiliência, apresentam também níveis mais baixo de ansiedade, depressão ou sofrimento psicológico. O número de acontecimentos adversos que os indivíduos experienciam na infância, tem sido associado a um maior impacto negativo na saúde mental do indivíduo, ou seja, quanto mais eventos abusivos, maior o impacto. No entanto, existem estudos que demonstram que sujeitos expostos a ambientes extremamente adversos não desenvolvem perturbações psicológicas, devido a fatores protetores que diminuem o impacto destes eventos (Caridade et al., 2018).

A resiliência apresenta-se como um fator de proteção ao desenvolvimento de psicopatologias, sendo bastante benéfico o treino da mesma, para a saúde mental e bem-estar

(Joyce et al., 2018). Tais fatores protetores podem ser descritos como o suporte social e estratégias de enfrentamento, nomeadamente a procura de ajuda, a existência de espiritualidade e aceitação e uma reavaliação positiva. Para além destes podem existir fatores protetores individuais, tais como uma inteligência emocional mais desenvolvida, presença de otimismo e autoestima. Desta forma, estas características presentes no indivíduo tem sido associadas à definição de resiliência (Caridade et al., 2018). Posto isto, uma pessoa que vivencie uma situação traumática do ponto de vista emocional precisa de conseguir adaptar-se de forma a manter o equilíbrio, deste modo, o trauma exhibe uma dificuldade na integração do evento de stress capaz de colocar em risco o indivíduo (Rebeschini, 2017). Observa-se um aumento das complicações através da exposição aos maus-tratos infantis, na qual se destacam um baixo desenvolvimento da autocompaixão e expressão de sintomas psicopatológicos.

Indivíduos vítimas de abusos, têm mais probabilidade de desenvolver estilos de vinculação inseguros na idade adulta e esquemas desadaptativos (Wu et al., 2018). Estilos de vinculação inseguros na idade adulta e crenças e pensamentos mal adaptativos são considerados fatores mediadores entre perturbações do foro psicológico e maus-tratos na infância. (Dias et al., 2015).

Vinculação na Idade Adulta

Bowlby, autor conhecido pelos seus vastos estudos na área de vinculação, definiu este conceito, como um mecanismo básico necessário à sobrevivência humana, que tem como objetivo, o desenvolvimento de uma proximidade a uma figura protetora, nomeadamente aos pais, sobretudo à mãe, em situações de possível risco (Bowlby, 1997; Canavarro, Dias & Lima, 2006). Neste sentido, quando existe uma relação forte, com laços emocionais a esta figura vinculativa, a criança procura proximidade física de forma a obter segurança. A criança, apenas ativa uma resposta comportamental direcionada ao vínculo, em situações de stress ou possíveis riscos/perigos em que esta se encontre. Este estímulo-comportamento-resposta permite a

manutenção da proximidade com a figura de vinculação, sendo possível compreender também, se esta se encontra disponível ou não para responder a esta procura, bem como, o ambiente presente, ou seja, se é um ambiente tranquilo para que a criança explore o meio. Nesta interação exposta, em que é possível observar disponibilidade da figura de vinculação, na procura pelo confronto e segurança, bem como um ambiente agradável ao mesmo, esta designa-se de uma vinculação segura, em que promove uma maior curiosidade por parte da criança e segurança na exploração do meio (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

Os estudos de Bowlby realçam a similaridade da ansiedade de separação com o apego inseguro, nomeadamente com as características típicas de procura pela proximidade com o outro, de negação da separação e do medo da perda da figura de vinculação (Valle & Ferreira, 2018). A vinculação na infância é um processo bastante importante, capaz de influenciar o modo como se processam os relacionamentos em idade adulta (Murta et al., 2019). O estudo de Melo e Mota (2013), avaliou o impacto das relações parentais na vinculação dos jovens, e chegaram à conclusão de que, filhos de pais separados ou divorciados, demonstram apresentar características mais evitantes quanto às relações com os companheiros, podendo indicar que este afastamento dos pais pode ter impacto na forma como estes serão nas suas próprias relações amorosas, correndo o risco de serem mais retrativos, defensivos e sensíveis no estabelecimento de relações românticas (Melo & Mota, 2013). Deste modo compreende-se que crianças que se desenvolveram na presença de cuidadores protetores, com capacidades para responder às necessidades das mesmas, tendem a apresentar uma visão mais positiva de si e dos parceiros íntimos, apresentam menos dificuldades na construção de relações amorosas duradouras, seguras e saudáveis. Contrariamente, crianças educadas por práticas parentais abusivas, e inconsistentes, têm mais probabilidade de desenvolver relacionamentos onde ressaltam padrões de insegurança e desconfiança, bem como uma visão desadequada do merecimento de amor (Murta et al., 2019). Numa perspetiva psicológica, a proximidade com

uma figura permite uma redução do medo, de ansiedade e de possíveis situações que desencadeiem angústia. Este sistema de vinculação termina quando os indivíduos se sentem suficientemente confortáveis, sem medo e ansiedade. Quando esta segurança não chega a ser suficientemente alcançada, este sistema acaba por ficar total ou parcialmente em funcionamento (Simpson & Rholes, 2017).

Ao nível da vinculação em relações românticas, os primeiros vínculos estabelecidos na vida do sujeito são determinantes na qualidade da relação estabelecida em idade adulta (Melo & Mota, 2013), ao analisar esta situação, compreende-se o impacto que as primeiras relações de vinculação têm no desenvolvimento desta capacidade vinculativa na idade adulta, uma vez que nestas primeiras experiências (nomeadamente com os pais), são moldadas as expectativas, crenças e atitudes do próprio indivíduo, influenciando as futuras relações que serão estabelecidas, tanto ao nível de amizade, como ao nível das relações amorosas. Desta forma, estas expectativas, crenças e valores funcionam como valores de referência para a forma de pensar, comportar e sentir e em especial, em situações em que estes se encontrem angustiados (Simpson & Rholes, 2017). Outros fatores que influenciam a vinculação são, as experiências que transmitam segurança, ou por outro lado, insegurança na relação com o parceiro e as características individuais (Melo & Mota, 2013).

Os estilos de vinculação podem estar ainda relacionados com as diferenças na regulação emocional e o uso intensivo de determinadas estratégias de regulação emocional a resultados psicológicos como sintomatologia ansiosa e depressiva. O estilo de vinculação em adultos engloba uma relação entre a imagem que um indivíduo tem de si próprio, bem como a imagem que tem dos outros (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). Os indivíduos, desta forma, crescem e desenvolvem-se determinando mentalmente, a sua capacidade em obter proximidade e conforto com pessoas, sendo inicialmente começado pelos pais e posteriormente com amigos próximos e relações amorosas. Estes modelos de operacionalização da vinculação

«*attachment working models*» abarcam dois componentes, o primeiro relaciona-se com o modelo de pessoas significativas (e.g., pais, amigos, parceiros), ou seja, a capacidade de estes responderem à proximidade e, em segundo, uma perspectiva do *self*, ou seja, as afirmações que o indivíduo tem de si próprio sobre a sua capacidade em obter proximidade suficiente num relacionamento (Simpson & Rholes, 2017).

Os perfis de vinculação em adultos, são padrões de vinculação que envolvem diferenças no modo dos sujeitos se relacionarem, sentirem e pensarem, relativamente a uma relação. Estes perfis têm vindo a ser desenvolvidos ao longo do tempo, sendo que hoje em dia são classificados em 4 tipos (Fraley et al., 2015), sendo que cada tipo de vinculação em adultos, está associada a um padrão de comportamento interpessoal e de formas de regulação emocional quando acontece algum evento que ameace o indivíduo, levando-o a procurar proximidade com a figura de vinculação. Bartholomew e Horowitz (1991), descrevem 4 estilos de vinculação nos adultos, nomeadamente, seguro, preocupado ou ansioso, de evitação/amedrontado e evitação/desligado. O estilo seguro, diz respeito à presença de uma visão positiva de si e dos outros, sentindo-se digno de receber amor e confortável com a proximidade e intimidade, o ansioso ou preocupado, envolve uma visão negativa de si, e uma visão positiva dos outros, estes indivíduos sentem que não merecem receber amor, preocupam-se constantemente com a rejeição procurando assim a aceitação dos outros, associando-se a um ajuste psicológico (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). O estilo de evitação, diz respeito a indivíduos que têm dificuldade em se aproximarem dos parceiros emocionalmente, estes operam de forma mais autónoma, não querendo depender dos parceiros e acreditando que não é possível obter proximidade psicológica, estes têm presente estratégias de coping de distanciamento. Pessoas com pontuações mais baixas na evitação sentem-se confortáveis com a proximidade e intimidade, dispostas a depender de outros e que os outros dependam delas também (Simpson & Rholes, 2017). O estilo evitativo amedrontado, que envolve uma visão negativa de si e dos

outros, na qual o indivíduo acredita que é indigno de amor e espera rejeição visto que acha que os outros não estarão disponíveis, e por fim, o estilo evitante desligado, que envolve uma visão positiva de si e negativa dos outros, uma vez que o sujeito acredita que merece amor, mas que os outros não estão disponíveis (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013).

No entanto, estes modelos de operacionalização da vinculação podem ser alterados ao longo do tempo, em momentos que sejam assimiladas novas experiências que contradizem o modelo de base aprendido (Simpson & Rholes, 2017). De forma a sintetizar, o estilo seguro envolve uma baixa ansiedade e baixa evitação, o estilo ansioso envolve alta ansiedade e baixa evitação, o estilo evitativo envolve alta ansiedade e alta evitação e o estilo evitante desligado envolve baixa ansiedade e alto evitamento (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). Nunes (2020), pretendeu explorar as diferenças entre homens e mulheres relativamente ao tipo de vinculação, ao amor e autoestima. Este autor concluiu que na sua amostra os homens apresentavam uma menor autoestima, bem como maiores índices de vinculação ansiosa (Nunes, 2020). Contrariamente, o estudo de Tosta e Cassepp-Borges (2021), procurou comparar diferenças entre os homens e as mulheres no que diz respeito à vinculação e violência, tendo constatado que nos homens se observava um estilo de vinculação evitativo mais evidente e que contrariamente, no estilo de vinculação ansioso, as mulheres pontuavam níveis mais altos do que os homens (Tosta & Cassepp-Borges, 2021). Nesta linha de pensamento, o modelo Attachment Diathesis-Stress Process, explica como os eventos negativos levam a uma ativação no sistema de vinculação, podendo ser interpretado tendo em conta uma perspetiva normativa e uma perspetiva individual. Na primeira, existem 3 tipos de eventos negativos que levam à ativação do sistema de vinculação, podendo ser situações externas negativas (e.g., situações ameaçadoras), situações relacionais negativas (e.g., problemas nos relacionamentos, separações), e por fim, situações geradoras de stress emocional e cognitivo (e.g., ruminação). Deste modo, nestas situações, as pessoas procuram proximidade com as suas figuras de

vinculação em situações alarmantes e geradoras de stress, existindo por base, mesmo que inconscientemente, uma motivação para esta procura (Simpson & Rholes, 2017).

Relativamente às características utilizadas em cada estilo, é visível nos indivíduos com apego ansioso, a utilização de estratégias de hiperativação, ou seja, procuram proximidade, em situações de stress (Marganska, Gallagher & Miranda 2013), compreendem que estão ansiosos e procuram de forma imediata o suporte dos parceiros, estando motivados a reduzir o stress pela aproximação com os outros, (Simpson & Rholes, 2017) com o intuito de receber apoio e atenção dos parceiros podendo ser controladores (Marganska, Gallagher & Miranda 2013). Por consequência, as motivações para a vinculação conduzem a determinados comportamentos de apego regulando a resposta de stress e as perceções sobre o parceiro e a situação. Estas perceções são moldadas tendo em conta a resposta fornecida pelo parceiro, podendo ser diferentes, tendo em conta os modelos de operacionalização da vinculação que o indivíduo possui. Os modelos de operacionalização da vinculação influenciam os tipos de comportamento de apego (Simpson, & Rholes 2017). Indivíduos com evitação de apego (quer seja os amedrontados ou desligados) utilizam estratégias que expressam uma negação do medo, evitam a proximidade com a figura de vinculação e promovem a autoconfiança e autonomia. (Marganska, Gallagher & Miranda 2013). Deste modo são motivados a reduzir a angústia que podem sentir, por serem autossuficientes, permitindo estabelecer uma autonomia e controlo. Estes indivíduos devem demonstrar proximidade com os parceiros, mas de forma, a que exista uma distância emocionalmente segura na perspetiva dos mesmos (Simpson & Rholes, 2017). Já nos indivíduos com estilo seguro, conseguem ter a perceção de que conseguem lidar com a sua angústia, não tem medo de procurar suporte nos outros, em situações que percebem que não têm recursos internos para lidar com isso, para além disto não apresentam dificuldade em aceitar os seus aspetos mais negativos de si próprios. Deste modo, os indivíduos com estilo seguro, devido à sua capacidade para gerir o problema e as emoções negativas envolvidas no

mesmo, são capazes de promover um ajustamento relacional positivo e a competência interpessoal (Marganska, Gallagher & Miranda 2013). O estudo de Pires (2019), na qual compreendeu avaliar a vinculação e a autocompaixão, verificou que a autocompaixão influenciava negativamente a expressão de vinculação ansiosa, podendo significar que neste caso as vítimas se tranquilizavam, regulavam as suas emoções, sentindo-se menos ansiosas pelo medo da possibilidade em serem abandonadas (Pires, 2019). Para além disto, o estudo de Leenaars e Marle (2012), os resultados demonstram que as desconfianças nos relacionamentos são influenciados pela vinculação e que apresentam uma maior probabilidade de desenvolver comportamentos agressivos (Leenaars & Marle, 2012).

A vinculação é um conceito que está fortemente relacionado às dependências emocionais. A dependência emocional associa-se a uma forma de vinculação patológica e disfuncional. Deste modo a vinculação ansiosa acaba por demonstrar uma componente maioritariamente comportamental. Para além desta diferença, a dependência emocional torna-se incapacitante, e é designada como um tipo de vinculação patológica ou incapacitante.

Dependência Emocional

Ao nível dos relacionamentos podem surgir vários problemas que incapacitam a manutenção de relacionamentos amorosos saudáveis e conduz a problemas de saúde, nomeadamente, a dependência emocional expressa em relacionamentos amorosos (González-Bueso et al., 2018). Crianças que na infância não tenham tido a permissão dos pais para serem autónomas e tomarem decisões sozinhas, podem desenvolver crenças de incapacidade e desvalorização que no momento atual seria amortecido com a presença de outro na tomada de decisão e preenchimento do vazio. Este fenómeno pode ser observado na dificuldade do sujeito ser autónomo, capaz de tomar decisões sem apoio de outros, gerando dúvidas quanto à sua capacidade para lidar com as mais variadas situações, e expressando uma autoestima mais baixa (Urbiola et al., 2017).

A dependência emocional é caracterizada pela necessidade em larga escala de afeto por parte do parceiro amoroso, sendo que, a infância e adolescência são as fases de desenvolvimento onde ocorrem os esquemas mal adaptativos primários, afetando a forma de se relacionar com outros, a nível amoroso (Urbiola & Estevez, 2015). Estas necessidades de afeto, surgem devido a necessidades emocionais insatisfeitas nas primeiras relações de afeto, na tentativa de suprimir tal vazio. Para além desta carência de afeto, surgem também manifestações como a necessidade de aprovação de outras pessoas, medo de ficar só, comportamento submisso e necessidade de exclusividade. Estas características levam a que a pessoa tente suportar todas as dificuldades que surjam na relação, mesmo que a mesma já não se sinta satisfeita com o relacionamento, de forma que a relação não termine, independentemente de se anular a si própria quanto às suas vontades e necessidades enquanto pessoa (Urbiola et al., 2017). Esta dependência leva a que o indivíduo experiencie um vazio emocional e sensação de abstinência, afetando a relação, bem como, o indivíduo como um só. Indivíduos dependentes de outros, acabam por apresentar alguns sintomas negativos, nomeadamente o sentimento de abandono e culpa e demonstram uma excessiva necessidade em agradar, a presença de um desamparo emocional, humor disfórico, euforia, fantasias, a adoção de uma postura subordinada, que por sua vez, conduz a uma diminuição pessoal do próprio indivíduo (Valle & Ferreira, 2018).

Indivíduos com estilos de vinculação inseguros podem mais provavelmente utilizar estratégias de gestão de conflito destrutivas e desadequadas e são mais frequentemente vítimas de violência no namoro. Já indivíduos com elevado nível de ansiedade, podem ou por um lado retrair-se e não demonstrar a sua verdadeira opinião e visão sobre a situação por receio do abandono, ou podem usar uma expressividade verbal agressiva e explosões emocionais como estratégia para se sentirem suportados pelo outro (Murta et al., 2019). Estas situações de dependência, costumam ocorrer entre duas pessoas, sendo que alguns adultos com sintomas

ansiosos revelam mais a presença deste tipo de vinculação, surgindo de situações de necessidade afetiva não satisfeita, ou seja, de uma história pessoal de trocas afetivas deficitárias na infância e vinculação ansiosa, conduzindo ao estabelecimento de uma relação com outra pessoa posteriormente, tendo por base este tipo de vinculação (Valle & Ferreira, 2018).

Indivíduos com dependência emocional, apresentam uma baixa autoestima, bem como um conceito de si negativo. Esta condição pode ser bastante impactante também ao nível da saúde, quando combinada com eventos de stress nas relações pode provocar doenças físicas ou do foro psicológico. Tais consequências podem envolver sintomatologia depressiva, uma vez que estes sujeitos se sentem rejeitados ou abandonados, conduzindo a tentativas de suicídio ou até mesmo ao suicídio consumado. Para além da sintomatologia depressiva, ainda pode ocorrer o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, com os principais sintomas de vazio emocional, insatisfação e sentimentos de desamparo (Urbiola et al., 2017).

Objetivos

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo geral compreender e caracterizar o impacto entre a vitimização infantil, na vinculação nas relações na idade adulta, na relação que o indivíduo estabelece consigo próprio, nomeadamente ao nível da autocompaixão e na expressão de sintomas de ansiedade, stress e depressão.

Para o presente estudo definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Compreender e caracterizar a vitimização infantil, nomeadamente os tipos de abuso existentes (abuso emocional; abuso sexual; abuso físico; negligência emocional e negligência física);
- b) Compreender e caracterizar a vinculação adulta;
- c) Compreender e caracterizar a autocompaixão adulta;
- d) Compreender e caracterizar se existe associação entre a vitimização infantil na expressão da autocompaixão, nos sintomas de psicopatologia em adultos e no estabelecimento de relações de vinculação em idade adulta;
- e) Compreender e caracterizar se existe associação entre a vinculação, a autocompaixão e a presença de sintomas de psicopatologia em idade adulta;
- f) Compreender e caracterizar as diferenças entre sexos ao nível da vitimização, autocompaixão, vinculação e sintomatologia.

Método

Este trabalho trata-se de um estudo misto, uma vez que emprega uma análise qualitativa e uma análise quantitativa. Neste estudo serão aplicados instrumentos quantitativos para a recolha de informação, nomeadamente através de questionários/escalas, e também a nível qualitativo, através da investigação da problemática a partir de um estudo de caso com um sujeito, mediante a realização de uma entrevista. Para além disto, este estudo é transversal, visto que se presta à análise de dados, em um momento específico.

Participantes

No presente estudo, a amostra quantitativa é constituída por indivíduos do sexo masculino e indivíduos do sexo feminino. São definidos como critérios de inclusão, indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 aos 80 anos de idade, apresentar nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade, para além disto, são aceites participantes com e sem histórico de vitimização infantil, de forma a ser possível realizar uma análise comparativa dos casos. Como critérios de exclusão, são identificados, indivíduos com idade inferior a 18 anos ou de outras nacionalidades.

Foram inquiridos um total de 489 indivíduos, com recurso a resposta online adquirida através da plataforma *Google Forms*, sendo desta forma um estudo online. Após a análise da amostra, foram excluídos 51 questionários, através do método estatístico *listwise* em que 44 questionários apresentavam pelo menos um valor omissivo em algum item dos vários instrumentos, 1 participante tinha menos de 18 anos, e 5 dos restantes participantes não eram de nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade.

Deste modo, a amostra do seguinte estudo compreende 439 sujeitos, em que 67% participantes são do sexo feminino ($n=294$) e 33% dos participantes são do sexo masculino ($n=145$), com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos, ($M= 26,45$, $DP= 7,31$).

No que concerne à nacionalidade 95,7% são de nacionalidade portuguesa (n=420) e 4,3% de dupla nacionalidade (n=19). Relativamente às habilitações literárias completas, 39% (n=171) são licenciados, 33,3% (n=146) concluiu o secundário, 25,7% (n=113) terminou o mestrado, 1,8% (n=8) tem o 3º ciclo completo e 0,2% (n=1) o 2º ciclo. No que diz respeito ao estado civil, a maior parte dos sujeitos são solteiros 82% (n=360), 9,1% encontram-se numa união de facto (n=40), 7,5% casados (n=33), 0,7% divorciados (n=3), 0,5% viúvos (n=2) e por fim, 0,2% separado (n=1). E por fim, em relação à situação profissional, 55,4% encontra-se a trabalhar (n=243), 33,5% estuda (n=147), 9,6% encontra-se desempregado (n=42), 1,1% de baixa médica (n=5) e 0,5% reformado (n=2).

No que diz respeito à parte qualitativa, este estudo inclui a análise de um estudo de caso, realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, este participante é do sexo feminino, com 33 anos de idade, atualmente encontra-se a trabalhar numa loja, a nível académico concluiu o 12º ano e afirma viver sozinha embora mantendo uma relação amorosa há 1 ano.

Instrumentos

Os materiais utilizados nesta dissertação foram selecionados tendo em conta o objetivo do estudo presente. Deste modo, a escolha dos instrumentos quantitativos, teve por base a avaliação da presença ou não de vitimização na infância, a avaliação da vinculação adulta, para além destes, a presença de sintomas de psicopatologia em idade adulta e avaliação da autocompaixão atual. Os instrumentos qualitativos selecionados foram a entrevista semiestruturada, com o objetivo de fornecer informações mais abrangentes sobre a temática em estudo. No que concerne aos instrumentos quantitativos serão utilizados o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ-SF); a Escala EVA (adult attachment scale-R); a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); a Escala de Autocompaixão (Versão Portuguesa of Self-Compassion Scale). E para além disto, foi realizado um questionário sócio demográfico,

com o intuito de caracterizar a amostra presente nos dados quantitativos, (e.g., idade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, sexo, situação profissional).

CTQ_SF

O CTQ-SF (Bernstein et al., 2003), traduzido e adaptado para a população portuguesa, Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve (Calafate Ribeiro et al., 2010) é dos instrumentos mais usados internacionalmente, no que diz respeito ao estudo dos maus-tratos infantis em adolescentes e adultos. Este é composto por 28 itens, cotados numa escala de 1 a 5, de acordo com a frequência que ocorreram (1-nunca; 2-poucas vezes; 3-às vezes; 4-muitas vezes; 5-sempre), sendo a cotação invertida, no caso dos itens que descrevem uma infância agradável, nomeadamente nos itens 2,5,7,13,19,26 e 28. As subescalas do CTQ são Abuso emocional, Negligência emocional, Abuso sexual, Abuso físico, Negligência Física e Índice de Negação. Este instrumento apresenta uma boa consistência interna, no estudo de validação para a população portuguesa, a variar entre ($\alpha = .92$) para a subescala do abuso sexual, ($\alpha = .91$) para a negligência emocional ($\alpha = .87$) para o abuso emocional, ($\alpha = .83$) para o abuso físico e ($\alpha = .61$) para a negligência física (Dias et al., 2013). Para a realização das análises estatísticas, foi confirmado o valor de alfa de Cronbach na amostra presente neste estudo, na qual este instrumento demonstrou valores de consistência interna, para o abuso emocional ($\alpha = .89$), para a negligência emocional ($\alpha = .91$), para o abuso sexual ($\alpha = .90$), para o abuso físico ($\alpha = .85$) e por fim para a negligência física ($\alpha = .56$).

EVA

No que diz respeito a escala EVA, Adult Attachment Scale-R, (Collins & Read, 1990), traduzida e adaptada para a população portuguesa- Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, 1995) esta é composta por 3 dimensões, a dimensão da *Ansiedade*, o *Conforto com a Proximidade* e a *Confiança nos Outros*. A dimensão *Ansiedade*, relaciona-se com o grau de ansiedade que o individuo sente, em contexto interpessoal, nomeadamente o medo de ser

abandonado ou de não ser desejado, a dimensão *Conforto com a Proximidade*, refere-se a forma que o indivíduo se sente confortável com a proximidade com os outros e por último, a dimensão *Confiança nos Outros*, corresponde ao grau de confiança que o indivíduo tem nos outros e de que modo é sentida a disponibilidade destas pessoas quando necessário. Os itens presentes nesta escala devem ser cotados de 1 a 5 (1- nada característico em mim; 2-pouco característico em mim; 3-característico em mim; 4- muito característico em mim; 5-extremamente característico em mim). No que concerne aos itens 8 e 13 da dimensão *Conforto com a Proximidade* e os itens 18, 2, 16, 17, e 7 da dimensão *Confiança nos Outros*, devem ser cotados de forma inversa. Após a realização da cotação, são somados o conjunto de itens que compõe cada dimensão presente e dividida a pontuação pelo número de itens, que neste caso são 6. Esta escala apresenta a seguinte consistência interna, a variar entre as várias subescalas, para a dimensão da *ansiedade* ($\alpha=.84$), para a dimensão do *conforto com a proximidade* ($\alpha=.67$) e para a dimensão da *confiança nos outros* ($\alpha=.54$) (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Deste modo, na análise da consistência interna realizada com a presente amostra, observam-se valores, ao nível das subescalas, da *ansiedade* ($\alpha=.89$), da *confiança nos outros* ($\alpha=.62$), e no *conforto com a proximidade* ($\alpha=.71$).

EADS_21

De forma a avaliar a saúde mental dos indivíduos, será utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress composta por 21 itens (EADS-21) que são enquadrados em 3 dimensões, sendo que cada dimensão comporta 7 itens. A versão inicial deste instrumento é dos autores, Lovibond e Lovibond (1995), tendo este sido adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). A versão de 21 itens, mede os mesmos construtos que a primeira versão de 42 itens, e é aplicada apenas a indivíduos que tenham idade superior a 17 anos. As três diferentes dimensões são a *Depressão*, que engloba itens relacionados com a Disforia; Desanimo; Desvalorização da Vida; Auto-depreciação; Falta de Interesse ou de

Envolvimento; Anedonia e Inércia. Relativamente à segunda dimensão, é classificada como dimensão de *Ansiedade*, que engloba a Excitação do Sistema Autónomo; Efeitos Músculos Esqueléticos; Ansiedade Situacional e Experiências Subjetivas de Ansiedade. E por último a dimensão do *Stress*, que inclui a Dificuldade em relaxar; Excitação Nervosa; Facilmente Agitado/Chateado; Irritável/Reação Exagerada e Impaciência. Cada item descreve uma afirmação, e é pedido ao indivíduo que responda se aquela afirmação se aplica à sua semana passada, existindo 4 possibilidades de resposta, nomeadamente através de uma escala de Likert, em que 4 pontos descreve “não se aplicou nada a mim”, 3 “aplicou-se a mim algumas vezes, 2 “aplicou-se a mim de muitas vezes” até 1 ponto que descreve “aplicou-se a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro, & Leal, 2004). Esta escala, no que diz respeito à consistência interna, apresenta valores satisfatórios no artigo de validação para a população portuguesa, especificamente, ($\alpha=.90$) para a subescala da *depressão*, ($\alpha=.88$) para a subescala da *ansiedade* e ($\alpha=.90$) para a subescala do *stress*.

SELFCS

E por fim, uma vez que se torna importante a compreensão de utilização de mecanismos adaptativos para o evitamento do desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, este estudo avalia a autocompaixão, através da Escala de Autocompaixão- SELFCS (Versão Portuguesa of Self-Compassion Scale- SCS). Esta escala foi originalmente elaborada por Kristin Neff (2003) e posteriormente adaptada e traduzida para a população portuguesa, por Castilho e Gouveia (2011). A SCS é um instrumento de autorrelato elaborado para avaliar a autocompaixão. Esta é constituída por 26 itens, comportando 3 componentes da autocompaixão, nomeadamente a *Autobondade*, que diz respeito à capacidade que o indivíduo tem para ser bondoso e compreensível consigo próprio substituído a excessiva autocrítica, a *Condição humana*, que compreende o entendimento pelas experiências vividas, como parte da vida humana; e a componente do *Mindfulness*, que se caracteriza pela consciência equilibrada e aceitação dos

sentimentos que o indivíduo detém. Os itens são cotados numa escala de Likert de 1 a 5 (1-quase nunca, 2-raramente, 3-algumas vezes, 4- muitas vezes, 5-quase sempre), sendo organizados em 6 subescalas, Autobondade (5 itens); Autojulgamento (5 itens); Condição humana (4 itens); Isolamento (4 itens); Mindfulness (4 itens); e Sobre identificação (4 itens).

A cotação é obtida através da soma da pontuação de todos os itens, sendo possível também obter a pontuação média de cada subescala. As pontuações mais elevadas determinam um maior nível de autocompaixão. Os itens 1,2,4,6,8,11,13,16,18,20,21,24 e 25, devem ser recodificados para ser possível aceder a uma pontuação total (Castilho, & Gouveia, 2011; Castilho, Gouveia, & Duarte, 2015). Nesta escala, os valores de consistência interna são satisfatórios, sendo possível observar ($\alpha=.89$) para a escala total, e ($\alpha=.84$) para a subescala da *Autobondade*, ($\alpha=.82$) para a subescala da *Autocritica*, ($\alpha=.77$) para a subescala da *Condição humana*, ($\alpha=.75$) para a subescala do *Isolamento*, ($\alpha=.73$) para a subescala do *Mindfulness* e por fim ($\alpha=.78$) para a subescala da *Sobre identificação* (Castilho, & Gouveia, 2011). No que diz respeito ao valor de Alfa de Cronbach da presente amostra deste estudo, nesta escala de autocompaixão, é possível observar valores nas subescalas, de *Autobondade* ($\alpha=.87$), *Autojulgamento* ($\alpha=.83$), *Humanidade comum*, ($\alpha=.81$), *Isolamento* ($\alpha=.82$), *Sobre identificação* ($\alpha=.85$) e por fim, *Mindfulness* ($\alpha=.77$), demonstrando uma boa consistência interna. Neste estudo, ao nível desta escala, será analisado mais profundamente apenas as dimensões da autobondade, autojulgamento e isolamento. Para além destes, também será aplicado o questionário sociodemográfico, com um conjunto de perguntas, que tem como objetivo caracterizar a amostra. Este questionário inclui informações sobre o indivíduo, a sua situação familiar e conjugal, situação escolar e laboral.

Estudo de Caso

Para além dos instrumentos referidos, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com o propósito averiguar a severidade dos episódios de vitimização vivenciados na infância,

compreender se existe a presença de sintomatologia, perceber se este indivíduo apresenta um nível de autocompaixão mais elevado ou mais baixo e ainda averiguar questões relacionadas com os tipos de relacionamentos estabelecidos na idade adulta, quer seja com familiares, amigos ou relações amorosas. Esta parte qualitativa do estudo, apenas é realizada com um indivíduo, sendo deste modo um estudo de caso de um indivíduo, por meio de uma única entrevista com o consentimento do mesmo. Para a construção do guião da entrevista, foi elaborada uma grelha, sendo que nesta grelha é estipulada a categoria a avaliar na entrevista (Anexo G). Deste modo as categorias gerais a avaliar são a presença de sintomas psicopatológicos com a utilização de questões como “*Como se sente neste preciso momento? Consegue identificar as principais emoções que está a sentir?*”, “*Durante a última semana, pode caracterizar o seu humor?*” ou, “*Considera ter momentos de maior nervosismo ou tristeza?*”. Para além desta categoria, a autocompaixão, com a utilização de questões como “*Consegue identificar quatro qualidades e quatro defeitos seus?*”, “*Como se sente ao pensar nesses defeitos que mencionou?*” ou por exemplo, “*E quando comete algum erro, o que fica mais presente no seu pensamento? Quer seja no trabalho ou em alguma atitude para com os outros.*”. Na categoria da vinculação em adultos, utilização de questões como “*Gostaria de explorar ainda, como foram estes relacionamentos próximos na sua infância, nomeadamente com as principais figuras que cuidaram de si nessa fase do desenvolvimento, ou seja, como era a sua relação com os mesmos.*” Ou por exemplo, “*Algo que também se relaciona com a forma como nós nos vemos, é a forma como nos relacionamos com outras pessoas, poderia falar um pouco sobre como funcionam os seus relacionamentos hoje em dia? Quer seja relações amorosas, de amizade ou familiares.*” E por fim a última categoria, sobre o trauma vivenciado na infância, com a utilização de questões como, “*Existe algum acontecimento que tenha experienciado na sua infância que considere ter sido traumático?*”. Uma vez que se trata de uma entrevista semiestruturada, as questões foram elaboradas tendo por base de aspetos

presentes nos instrumentos quantitativos deste estudo, servindo de modelo orientador para a elaboração das questões.

Procedimento

Este estudo destina-se a adultos com faixa etária compreendida entre os 18 e os 70 anos de idade. A presente investigação não se encontra inserida no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social, sendo deste modo, realizada uma aplicação dos dados online, na qual são tidas em consideração as devidas questões éticas, no que diz respeito ao esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o mesmo, em relação à confidencialidade dos dados, bem como, à participação voluntária para o mesmo. A presente amostra é uma amostra obtida através da metodologia “snowball” ou bola de neve, adquirida através da aplicação do protocolo de avaliação em formato online. Após a recolha através do protocolo de avaliação selecionado, serão realizadas análises estatísticas, com os dados quantitativos, de forma a compreender os variados objetivos estipulados, pelo presente estudo. É de importância referir, que os dados recolhidos foram consentidos por todos os participantes que colaboraram neste estudo e de preenchimento individual. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, e esclarecidas possíveis dúvidas que surgiram relativas ao mesmo.

Para a análise destes dados, será utilizado o programa SPSS Statistics, com o intuito de realizar várias operações estatísticas, de forma a verificar, se existem resultados estatisticamente significativos na associação das várias variáveis, através de uma análise de variância (Anova) e Correlação de Pearson, compreendendo nomeadamente, se a experienciação de abusos na infância (abuso sexual, físico, emocional e negligência física e emocional), contribuem negativamente para o nível de autocompaixão em adultos e sintomas de stress, ansiedade e depressão, bem como, perceber se existem associações estatisticamente significativas entre a vitimização infantil e o tipo de vinculação em idade adulta. Para além destas, operações de análise descritiva das variáveis.

Para além desta análise quantitativa, realizou-se uma avaliação qualitativa sobre estas temáticas, através de um estudo de caso, realizado a um participante do sexo feminino, de 32 anos de idade com história de violência na infância. Este estudo de caso, é analisado através de uma entrevista semiestruturada, que abordará a experiência vivida na infância, a forma como este indivíduo percebe o impacto da mesma hoje em dia na idade adulta, e compreendendo todo o funcionamento deste, ao nível da vinculação com os outros e comparando o tipo de vinculação estabelecida na infância com os progenitores e a forma como este se relaciona consigo próprio, ao nível da autocompaixão.

Resultados

Tendo em conta os objetivos de investigação delimitados, o presente capítulo tem por objetivo apresentar os resultados obtidos no estudo. Primeiramente, serão expostas as estatísticas referentes à descrição das variáveis, e em específico, de alguns itens mais evidentes do instrumento dos maus-tratos na infância, permitindo uma melhor visualização das respostas a cada item. Em segundo lugar, são expostos o índice de negação e o indicador de exposição aos maus-tratos no instrumento que avalia a exposição a maus-tratos na infância, e o índice de autocompaixão da escala de autocompaixão. Em terceiro lugar, são apresentados os resultados das tabelas de confiabilidade das escalas utilizadas neste estudo, seguindo-se das correlações de Pearson e análise de variância. E por último, os resultados dos dados qualitativos, da entrevista de estudo de caso realizada.

Resultados Quantitativos

Tabela 1

Estatística Descritiva das Variáveis Presentes no Estudo

Variáveis	M	DP	Assimetria	Curtose
(SELFCS) Autobondade	2,78	,867	,152	-,330
(SELFCS) Autojulgamento	3,08	,904	-,069	-,540
(SELFCS) Humanidade Comum	3,09	,851	-,065	-,368
(SELFCS) Isolamento	3,19	,996	-,124	-,655
(SELFCS) Mindfulness	3,05	,819	,120	-,325
(SELFCS) Sobre identificação	3,01	,962	,018	-,634
(EVA) Ansiedade	2,89	1,06	,076	-,985
(EVA) Conforto Proximidade	3,48	,689	-,144	,140
(EVA) Confiança	3,05	,700	-,340	-,301
(EADS) Depressão	,87	,777	,932	-,010
(EADS) Ansiedade	,72	,742	1,25	,810
(EADS) Stress	1,16	,775	,521	-,537
(CTQ_SF) Abuso emocional	1,83	,969	1,40	1,30
(CTQ_SF) Negligência emocional	2,09	1,03	,856	-,211
(CTQ_SF) Abuso sexual	1,14	,466	4,45	21,6
(CTQ_SF) Abuso físico	1,17	,467	4,42	23,7
(CTQ_SF) Negligência física	1,34	,482	1,93	4,48

Na tabela acima pode-se constatar as médias das várias dimensões da escala de autocompaixão estando delimitada como resposta mínima 1 e máxima de 5. Observa-se que a dimensão da humanidade comum apresenta uma média mais elevada em comparação com as

outras, de 3,09 aproximando-se mais do limite máximo de resposta, mas, se observarmos a dimensão da autobondade, constatamos que é a média mais baixa 2,78 aproximando-se do limite médio baixo de resposta. Verifica-se que, no que concerne às médias das dimensões da escala EVA, é observável que a média das respostas se concentra no 3 estando delimitada como resposta mínima 1 e máxima 5. Deste modo constatamos que nas 3 dimensões, se aproximam da resposta “característico em mim”. Ao observar a tabela, verificamos que ao nível das dimensões da escala EADS_21, existe uma média baixa em todas as dimensões, sendo esta escala delimitada por resposta mínima de 0 e máxima de 3. Deste modo verifica-se baixos níveis de ansiedade e depressão, no entanto o stress apresenta uma média acima de 1 o que significa que se aplica “*algumas vezes*” este tipo de sintomas. Para além disto, pode-se constatar as médias das várias dimensões do CTQ_SF, na qual a resposta mínima é de 1 e a máxima de 5, sendo possível constatar que a negligência emocional apresenta uma média superior às outras dimensões, em seguida a este, o abuso emocional, a negligência física, o abuso físico e por último o abuso sexual. Contudo, através dos valores da assimetria e curtose, é possível reparar que existem duas escalas com valores muito acima do aceitável, deste modo, a dimensão do abuso físico, e do abuso sexual, não serão utilizadas individualmente neste estudo para análises estatísticas, devido à violação dos pressupostos de normalidade.

Descrição das Respostas aos Itens do CTQ_SF

Posteriormente, foram analisadas as frequências de resposta no instrumento CTQ_SF, aos itens que melhor descrevem as situações abusivas, nomeadamente os itens 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 23, 25, 27 com a percentagem descrita abaixo de cada tabela. Esta informação encontra-se visível, uma vez que permite compreender de melhor forma, o tipo de resposta que se encontra face à situação descrita, visto que alguns dos inquiridos, embora tenham passado por este tipo de eventos, negam a existência de abusos (referente ao índice de negação, n=61).

Tabela 2

Tabela de frequência do item 1 “Eu não tinha comida suficiente”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	380	86,6
Poucas vezes	25	5,7
Às vezes	27	6,2
Muitas vezes	3	0,7
Sempre	4	0,9
Total	439	100

13,5% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 3

Tabela de frequência do item 3 “As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.)”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	218	49,5
Poucas vezes	93	21,2
Às vezes	70	16
Muitas vezes	47	10,7
Sempre	11	2,5
Total	439	100

50,4% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 4

Tabela de frequência do item 4 “Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	391	89
Poucas vezes	9	2,1
Às vezes	26	5,9
Muitas vezes	9	2,1
Sempre	4	0,9
Total	439	100

11% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 5

Tabela de frequência do item 6 “Tinha que usar roupas sujas”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	414	94,3
Poucas vezes	17	3,9
Às vezes	3	0,7
Muitas vezes	4	0,9
Sempre	1	0,2
Total	439	100

5,7% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 6

Tabela de frequência do item 8 “Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	312	71
Poucas vezes	49	11,2
Às vezes	43	9,8
Muitas vezes	18	4,1
Sempre	17	3,9
Total	439	100

3,9% de indivíduos assinalam sempre no item 8, independentemente da frequência.

Tabela 7

Tabela de frequência do item 9 “Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	418	95,2
Poucas vezes	11	2,5
Às vezes	6	1,4
Muitas vezes	2	0,5
Sempre	2	0,5
Total	439	100

4,9% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 8

Tabela de frequência do item 11 “Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	390	88,8
Poucas vezes	28	6,4
Às vezes	13	3
Muitas vezes	7	1,6
Sempre	1	0,2
Total	439	100

11,2% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 9

Tabela de frequência do item 12 “Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	368	83,8
Poucas vezes	44	10
Às vezes	16	3,7
Muitas vezes	7	1,6
Sempre	4	0,9
Total	439	100

16,2% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 10

Tabela de frequência do item 14 “Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	172	39
Poucas vezes	99	22,6
Às vezes	94	21,5
Muitas vezes	49	11,2
Sempre	25	5,7
Total	439	100

61% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 11

Tabela de frequência do item 15 “Acredito que fui fisicamente maltratado”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	385	87,7
Poucas vezes	27	6,2
Às vezes	11	2,5
Muitas vezes	10	2,3
Sempre	6	1,4
Total	439	100

12,4% de indivíduos afirmam ter sido fisicamente mal tratados, independentemente da frequência.

Tabela 12

Tabela de frequência do item 20 “Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	402	91,6
Poucas vezes	20	4,6
Às vezes	8	1,8
Muitas vezes	7	1,6
Sempre	2	0,5
Total	439	100

8,5% de indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 13

Tabela de frequência do item 21 “Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	425	96,8
Poucas vezes	7	1,6
Às vezes	5	1,1
Muitas vezes	1	0,2
Sempre	1	0,2
Total	439	100

3,1% indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 14

Tabela de frequência do item 23 “Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	410	93,4
Poucas vezes	12	2,7
Às vezes	11	2,5
Muitas vezes	4	0,9
Sempre	2	0,5
Total	439	100

6,6% indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 15

Tabela de frequência do item 25 “Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	265	60,3
Poucas vezes	63	14,4
Às vezes	50	11,4
Muitas vezes	37	8,4
Sempre	24	5,5
Total	439	100

39,7% indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

Tabela 16

Tabela de frequência do item 27 “Acredito que fui abusado sexualmente.”.

CTQ_1	Frequência	Porcentagem
Nunca	409	93,2
Poucas vezes	14	3,2
Às vezes	8	1,8
Muitas vezes	4	0,9
Sempre	4	0,9
Total	439	100

6,8% indivíduos experienciaram esta situação, independentemente da frequência.

A pontuação total do CTQ-SF varia de 25 a 125 (Bernstein et al., 2003), através deste critério, para obter o Indicador geral de exposição aos maus-tratos, foi consultado o valor do total das várias subescalas. O valor médio da combinação das várias subescalas, aponta para 37,86 (25-125) de indicador geral de exposição aos maus-tratos. A subescala do índice de negação/minimização integra 3 itens (10, 16, 22). Nesta subescala as possibilidades de resposta “nunca” “raramente” “às vezes” “muitas vezes” recebem a pontuação de 0 enquanto que a hipótese de resposta “sempre” recebe a pontuação de 1, variando entre 0 e 3 de pontuação total.

Tabela 17

Subescala do Índice de negação

Índice de negação	Frequência	Porcentagem
15	61	14%
total	439	100

Na tabela acima, é possível observar o valor mais elevado em todos os 3 itens da subescala com um valor de resposta máximo de 15, sendo visível através do mesmo uma porcentagem de 13,9% (61 participantes) na qual diminuem ou negam a existência de situações abusivas na infância. De forma a chegar ao valor da pontuação (0-3), foi convertida a porcentagem obtida (13,9%) para a escala de 0 a 3, resultando num valor de índice de negação de 0,42.

Índice de Autocompaixão

Tabela 18

Média da escala de Autocompaixão

SELFCS Total	
Média	78,63

Através dos resultados da tabela, é possível constatar uma média da escala total de autocompaixão de 78,63, sendo que, a presente escala vai de 26 a 130 pontos, e que o resultado médio seria 78 pontos, verifica-se que na presente amostra, o índice de autocompaixão encontra-se no ponto médio da escala.

Análise de Confiabilidade

Em seguida são analisados os valores resultantes da análise de consistência interna, através do cálculo do *alfa de Cronbach* de todas as escalas utilizadas.

Tabela 19*Confiabilidade das várias escalas e as respectivas dimensões*

Fatores	α
EVA	
Ansiedade	.895
Conforto Proximidade	.712
Confiança Outros	.618
SELFCS	
Autobondade	.874
Autojulgamento	.834
Humanidade comum	.809
Isolamento	.822
Mindfulness	.776
Sobre identificação	.848
EADS_21	
EADS_21 total	.928
Depressão	.904
Ansiedade	.888
Stress	.900
CTQ_SF	
Abuso emocional	.892
Negligência emocional	.914
Abuso sexual	.900
Abuso físico	.853
Negligência física	.566

Analisando a tabela, verifica-se que todas as escalas e subescalas se encontram com valores de consistência interna aceitáveis, bons e muito bons (Landis et al., 1977), na qual serão utilizados nas análises estatísticas deste estudo.

Correlações**Tabela 20***Correlações entre as variáveis do CTQ_SF e da escala SELFCS*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1- AE	-	,704**	,541**	-,256**	,404**	,366**	-,197**	-,181**
2-NE	-	-	,661**	-,346**	304**	,327**	-,284**	-,291**
3-NF	-	-	-	-,183**	,152**	,177**	-,150**	-,151**
4-Autobondade	-	-	-	-	-,452**	-,352**	,628**	,690**
5-Autojulgamento	-	-	-	-	-	,302**	-,731**	-,385**
6-Isolamento	-	-	-	-	-	-	-,377**	-,673**
7-Humanidade comum	-	-	-	-	-	-	-	,451**
8-Mindfulness	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: * $p \leq 0.05$ **, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Com base na análise da tabela 20 é possível observar as correlações estatisticamente significativas como:

- a) O abuso emocional ou qualquer outro, tem uma relação estatisticamente significativa positiva com todos os outros tipos de abuso, ou seja, quanto um abuso maior será a expressão de outros tipos de abuso também, sendo uma correlação forte com a negligência emocional e uma correlação moderada com a negligência física;
- b) Tanto o abuso emocional, quanto a negligência emocional, e a negligência física apresentam uma relação estatisticamente significativa negativa fraca com a autobondade;
- c) O abuso emocional, a negligência emocional, e a negligência física apresentam uma relação estatisticamente significativa positiva fraca, com o autojulgamento e com o isolamento, ou seja, à medida que estes aumentam, aumenta também o diálogo interno negativo e uma postura mais solitária;
- d) O abuso emocional, a negligência emocional, e a negligência física apresentam uma relação estatisticamente significativa negativa fraca, com a humanidade comum e com o mindfulness, a exposição a estes abusos conduzem a níveis mais baixos na capacidade em manter o equilíbrio emocional em situações adversas e na capacidade de pensar que todos passamos por situações complicadas e não somos os únicos em sofrimento;
- e) Para além disto, à medida que aumenta a autocompaixão, ou seja, a capacidade de sermos gentis connosco próprios, diminui o isolamento e o autojulgamento e aumenta o mindfulness e a humanidade comum, descrevendo desta forma uma relação estatisticamente significativa negativa com as duas primeiras e positiva com as 2 últimas referidas.

Tabela 21

Correlações entre as dimensões do instrumento CTQ_SF e da escala EADS_21 nas dimensões da Depressão, Ansiedade e Stress

	1	2	3	4	5	6
1- AE	-	-	-	,411**	,369**	,383**
2-NE	-	-	-	,410**	,295**	,300**
3-NF	-	-	-	,270**	,221**	,191**
4-Depressão	-	-	-	-	,718**	,765**
5-Ansiedade	-	-	-	-	-	,807**
6-Stress	-	-	-	-	-	-

*Nota: *p≤0.05**, **p≤0.01, ***p≤0.001*

Com base na análise da tabela 19 é possível observar as correlações estatisticamente significativas como:

- a) Todos os tipos de abuso apresentam uma relação estatisticamente significativa positiva fraca, com a depressão, ansiedade e stress, ou seja, quanto mais a experiência deste abuso, maior é a expressão destes sintomas, mesmo que algumas correlações sejam mais fortes do que outras, nomeadamente o caso do abuso emocional e da depressão;
- b) Para além disto, a expressividade de sintomas de qualquer tipo, também apresenta uma correlação estatisticamente significativa positiva forte, com os outros sintomas, ou seja, quanto mais uma pessoa apresenta sintomas de uma perturbação, mais possivelmente vem a demonstrar vulnerabilidade para a expressão de outra.

Tabela 22*Correlações dimensões do CTQ_SF e da escala EVA*

	1	2	3	4	5	6
1- AE	-	-	-	,422**	-,287**	-,423**
2-NE	-	-	-	,364**	-,332**	-,354**
3-NF	-	-	-	,179**	-,242**	-,231**
4-Eva-Ansiedade	-	-	-	-	-,398**	-,542**
5-Eva- ConfortoProximidade	-	-	-	-	-	,463**
6-EVA-confiança	-	-	-	-	-	-

Nota: * $p \leq 0.05$ **, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Com base na análise da tabela 22 é possível observar as correlações estatisticamente significativas como:

- a) O abuso emocional, a negligência emocional, e a negligência física, têm uma relação estatisticamente significativa positiva fraca, com a subescala do instrumento de vinculação, ao nível da ansiedade, querendo dizer que quanto mais a exposição a este abuso, mais se caracterizam as relações com comportamentos de vinculação ansiosos;
- b) Todos os tipos de abuso, têm uma relação estatisticamente significativa negativa fraca, com a dimensão do conforto com a proximidade, ou seja, quanto mais a presença de vitimização, menos conforto com a proximidade os indivíduos terão;
- c) O abuso emocional, a negligência emocional, o abuso físico e a negligência física, têm uma relação estatisticamente significativa negativa fraca, com a dimensão da confiança nos outros, demonstrando que com a experiência deste abuso, os indivíduos apresentam menos confiança nas relações.

Tabela 23*Correlações entre as dimensões das escalas EVA, EADS_21 e SELFCS.*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1-EVA-Ansiedade	-	-,389**	-,542**	,562**	,462**	,532**	-,382**	,573*
2-EVA- ConfortoProximidade	-	-	,463**	-,357**	-,256**	-,274**	,348**	-,277**
3-EVA-Confiança	-	-	-	-,429**	-,303**	-,405**	,272**	-,381**
4-Depressão	-	-	-	-	,718**	,765**	-,472**	,565**
5-Ansiedade	-	-	-	-	-	,807**	-,336**	,426**
6-Stress	-	-	-	-	-	-	-,399**	,543**
7-Autobondade	-	-	-	-	-	-	-	-,452**
8-Autojulgamento	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: * $p \leq 0.05$ **, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Com base na análise da tabela 23 é possível observar as correlações estatisticamente significativas como:

a) A ansiedade nas relações de vinculação tem uma relação significativa negativa com o conforto com a proximidade nos relacionamentos, com a confiança nos relacionamentos e com a autobondade. Contrariamente tem uma relação estatisticamente significativa positiva com os sintomas de depressão, ansiedade, stress e autojulgamento;

b) No que concerne à dimensão do conforto com a proximidade, esta apresenta uma relação estatisticamente significativa negativa com todas as dimensões da escala que mede os sintomas e com a dimensão do autojulgamento, e uma relação significativa positiva com a autobondade e ao nível das relações de confiança nos outros;

c) Ao nível do grau de confiança nos outros, existe uma relação estatisticamente significativa negativa, com sintomas de depressão, ansiedade, stress e autojulgamento e uma relação positiva com a autobondade;

d) Os sintomas de depressão, ansiedade e stress têm uma relação significativa positiva com o autojulgamento e uma relação negativa com a autobondade.

Análise de Variância (Anova)

Tabela 24

Diferenças estatísticas nas médias dos grupos

Dimensão	Feminino		Masculino		p
	Média	DP	Média	DP	
Abuso emocional	1,94	1,028	1,61	,794	.001
Isolamento	2,90	1,023	2,64	,918	.011
(EVA)Ansiedade	2,97	1,077	2,72	1,018	.022
(EADS)-Ansiedade	,77	,761	,60	,691	.025
(EADS)-Stress	1,24	,774	1,00	,752	.002

Através da tabela acima, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível do abuso emocional, na dimensão da vinculação ao nível da ansiedade, e nos sintomas de stress e ansiedade, e na dimensão do isolamento, sendo valores abaixo do nível de significância de 0,05, ou seja, rejeitando-se a hipótese nula, nem todas as médias dos grupos são iguais, e neste caso o sexo feminino apresenta uma média superior.

Resultados Qualitativos

Os resultados qualitativos da entrevista demonstraram que ao nível da dimensão dos sintomas psicopatológicos, é observável a presença de um humor deprimido no momento da entrevista, e sentimentos de insatisfação com a vida que a mesma leva de momento, no entanto, é visível a presença de um pensamento positivo «*Durante a última semana o meu humor não foi muito bom, um bocado instável, talvez tristeza (...) sinto-me insatisfeita em relação a mim e à maneira como conduzi a minha vida (...) tento pensar nas coisas boas que tenho na minha vida, porque tenho imensas coisas boas, posso não estar a ter um bom momento, mas em geral eu tenho coisas muito boas na minha vida e em mim mesma*».

Para além disto, como fator protetor, existem evidências da manutenção de relações sociais de suporte, quando a mesma menciona que em momentos de dificuldade procura o apoio da família e amigos, caracterizando-os como relações espetaculares, sendo também observável na

dimensão da vinculação com os outros, quando esta refere que, embora seja mais fechada e cuidadosa a escolher os amigos, ter passado por situações traumáticas na infância, não a incapacitou a nível social, nas relações de amizade, *«Talvez eu seja um pouco mais desconfiada, não é qualquer pessoa que entra na minha vida (...) mas felizmente não me tornou numa pessoa pouco sociável, até me considero bastante sociável, tenho amizades saudáveis»*. É possível compreender que existe uma postura um pouco mais desconfiada e seletiva nas pessoas com quem a mesma se dá, tendo sido identificado pela própria, que um relacionamento em específico que teve na sua infância, teve um impacto sobre alguns aspetos da sua vida. Posto isto, na dimensão dos acontecimentos traumáticos na infância, observa-se uma história de vida conturbada nesta altura, na qual Catarina (nome fictício) desde bebé, que foi deixada à responsabilidade de uma amiga da sua mãe biológica, inicialmente aos fins-de-semana, mas, que com o passar do tempo, dias tornaram-se meses e acabou por ficar mais tempo sem que a sua mãe biológica aparecesse para a vir buscar.

Com esta ausência observa-se uma dificuldade na vinculação com uma figura que a pudesse providenciar proteção, sendo esta posição tendo sido tomada pela amiga da mãe biológica que passou a ter o papel de mãe. Contudo, existiam momentos difíceis e conturbados quando a sua mãe biológica voltava para a vir buscar e onde os papéis familiares eram novamente confundidos e instáveis, *«Passava longos períodos sem aparecer e quando voltava, voltava como se nada tivesse acontecido, e eu era uma criança (...) ela desmoronava a minha estabilidade emocional (...) tenho recordações dela pegar em mim e ir a chorar com ela porque não queria ir e é natural que isso tenha trazido medos para a minha vida»*.

Este trauma experienciado na infância, marcado sempre pela existência de medo do que poderia vir a suceder, bem como uma imprevisibilidade do comportamento da mãe biológica refletem algumas dificuldade na atual vida adulta, nomeadamente a existência de um comportamento ansioso, necessidade de controlo sobre o que acontece e medo do novo e

mudanças, e inseguranças, *«Relativamente à ansiedade (...) sou uma pessoa insegura, tenho medo das mudanças, do novo, julgo que esteja interligado (...) tenho dificuldade em tomar decisões sozinha».*

Ao nível das relações amorosas, esta afirma não ter o mesmo carácter adaptativo e saudável que mantém com as relações de amizade, apresentando características que se aproximam mais de um perfil de dependência emocional, e um perfil de vinculação ansioso, *«Eu deposito um pouco a minha felicidade no outro (...) como me falta certas coisas na minha vida, eu deposito aquilo que não tenho e o tempo no outro, mas eu sempre fiz isso, como se o outro tivesse que me salvar da minha tristeza, como se o outro tivesse que fazer algo. Sou extremamente insegura num relacionamento amoroso».*

E por último, através da análise da categoria de questões sobre a autocompaixão, observa-se uma postura de esforço para demonstrar uma visão positiva sobre si própria *«Sou uma pessoa maravilhosa, sou um ser humano espetacular, trabalhadora, independente»*, bem como uma valorização das suas características, *«Tenho muita coisa boa em mim»*. Ao longo da entrevista foi possível observar sempre uma postura positiva em relação a si, que embora possa passar por situações mais complicadas ou ter algumas características a melhorar, Catarina procura sempre valorizar os pontos positivos presentes esforçadamente, deixando alguma dúvida na veracidade destas crenças sobre si própria, tendo em conta a postura adotada em entrevista e entoação utilizada ao pronunciar estas características positivas. Em situações que saem fora do seu controlo, podem surgir algumas manifestações ansiosas e mais críticas, com a eventualidade de falhar, direcionando-a para a resolução do problema, *«Fico muito nervosa quando falho, gosto muito de ser correta com os outros, não gosto de falhar, quando me acontece alguma coisa, fico muito triste e enquanto não resolver a situação sobre o que falhei não fico descansada, eu tenho que resolver».*

Em suma, observa-se a presença de eventos traumáticos na infância de Catarina, que eventualmente possam ter contribuído para consequências comportamentais e emocionais na vida adulta, nomeadamente no que diz respeito à ansiedade do desconhecido e das mudanças, no desconforto com o que não está sob o seu controlo e algumas dificuldades relacionais a nível das relações amorosas. Contudo, não se observam dificuldades nas relações de amizade, sendo observável que é o fator protetor na vida da mesma, impedido que esta se isole e que se sinta mais sozinha. Para além disto, observa-se a presença de uma incongruência em relação às palavras dirigidas sobre si mesma e à linguagem corporal expressada em entrevista, bem como, a contradição que surge em situações que demonstram o contrário desta segurança exposta, nomeadamente a postura de dependência emocional para com as relações amorosas.

Discussão

O presente estudo pretende compreender e caracterizar o impacto da vitimização infantil na vinculação, na autocompaixão e expressão de sintomas de psicopatologia em adultos. No decorrer do estudo, foram mencionadas várias temáticas, tais como, a vinculação na infância e a vinculação na idade adulta, o trauma na infância e as suas consequências na idade adulta, a autocompaixão e sintomas de stress, ansiedade e depressão. Deste modo, será apresentada a discussão dos resultados do presente estudo, com base na análise dos objetivos estipulados.

Relativamente à caracterização da vitimização infantil, os resultados do presente estudo permitiram verificar que em relação aos maus-tratos na infância, existe uma maior prevalência ao nível da negligência emocional, posteriormente o abuso emocional e por fim a negligência física, tal como no estudo de caso, em que se observa uma história marcada por experiências de abuso emocional e negligência emocional, indo ao encontro do estudo de Dias e colaboradores, onde estes autores ressaltam na apresentação dos seus resultados, que a negligência emocional é a experiência mais relatada também (Dias et al., 2015). No entanto, o índice de negação presente neste estudo, demonstra um resultado interessante, na qual, embora o índice de exposição aos maus-tratos na infância, seja relativamente baixo, o índice de negação descreve que 61 indivíduos, ou seja 14% da amostra total, negam ou minimizam terem passado por situações adversas na infância, podendo querer explicar o baixo valor no indicador da exposição aos maus tratos devido à negação da ocorrência dos mesmos. Este resultado pode ser explicado através do estudo de Gruhn e Compas (2020), na qual os autores explicam que existem diferentes tipos de estratégias face à vivência de situações geradoras de stress, identificado dois tipos, uma que envolve uma reavaliação cognitiva e outra mal adaptativa incluindo a supressão emocional e negação do ocorrido. A primeira, descreve situações em que o individuo pensa sobre a situação em si, na sua responsabilidade ou não face a situação, conduzindo a uma menor internalização de sentimentos de conotação negativa, já a segunda

envolve uma resposta de negação dos eventos ocorridos, bem como uma supressão do que o indivíduo está a sentir, propiciando ao aparecimento de sintomas de psicopatologia (Gruhn & Compas, 2020).

Ao nível da autocompaixão e associação entre a vitimização na infância, constatamos que em todos os tipos de abusos, à medida que aumentam, diminuem a autobondade, sendo mais expressivo ao nível da negligência emocional. Este resultado vai de encontro a vários estudos, nomeadamente o estudo de Ross e colaboradores, que salientam que, existe uma correlação forte entre a negligência emocional e a autocompaixão, sugerindo que este tipo de abuso pode ser mais impactante do que o abuso emocional sobre a autocompaixão (Ross et al., 2019). Contrariamente, verifica-se que à medida que aumentam os abusos, aumenta também o autojulgamento e o isolamento, sendo mais expressivos ao nível do abuso emocional, ou seja a presença de uma atitude crítica do indivíduo para consigo mesmo, bem como um isolamento, que significa que indivíduos tendem a perceber as situações complicadas das suas vidas apenas ocorrem a si próprios e que os outros tendem a ser mais felizes do que eles. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Wu e colaboradores, onde é afirmado que a presença de experiências de negligência emocional e de abuso emocional conduzem a uma autocompaixão mais reduzida (Wu et al., 2018).

Tendo em conta os resultados dos dados qualitativos do estudo de caso presente, é perceptível as experiências de abusos na infância, no entanto, existem inconsistências durante a entrevista. A entrevistada demonstrou comportamentos mais autocríticos para consigo mesma, sobre a possibilidade em errar e os sentimentos que surgem desse facto, mas noutros momentos afirmou todas as suas qualidades e discurso gentil e bondoso para consigo próprio, no entanto, no diálogo do mesmo, a expressão corporal e entoação sobre aquilo que faz referência, não são congruentes com o discurso. Esta incongruência entre o que é falado e o que se expressa a outro nível, possivelmente poderá significar, que a mesma apresenta uma vontade em sentir que é

“*maravilhosa*” como a mesma refere, mas, no entanto, esse discurso ainda não ser sentido, parecendo quase como um mecanismo de defesa. Este resultado pode ir ao encontro do estudo de Caridade e colaboradores (2018), em que sujeitos expostos a ambientes extremamente adversos apresentam fatores protetores que diminuem o impacto destes. Tais fatores protetores podem ser descritos como a resiliência, o suporte social e estratégias de enfrentamento, nomeadamente a procura de ajuda, a existência de espiritualidade e aceitação e uma reavaliação positiva. Para além destes podem existir fatores protetores individuais, tais como uma inteligência emocional mais desenvolvida, presença de otimismo. Desta forma, estas características presentes no indivíduo tem sido associadas à definição de resiliência (Caridade et al., 2018).

No que concerne aos sintomas do foro psicológico e associação entre os maus-tratos infantis, Dias e colaboradores (2015), referem que o abuso emocional é a experiência mais significativa em resposta aos sintomas psicológicos, nomeadamente ao nível da depressão. Na presente investigação, este resultado vai de encontro com o estudo de Dias e colegas, e ainda acrescenta, que não só o abuso emocional se relaciona com a depressão, como a negligência emocional também, apresentando uma correlação estatisticamente significativa. Para além disto, ainda é visível um resultado estatisticamente significativo entre a ansiedade e o stress, mais prevalente no abuso emocional. Este resultado vai de encontro ao estudo de Silva e Mota (2018), na qual referem que existe uma associação entre o abuso emocional e a ansiedade. Quando existe relações em que os cuidadores exercem um comportamento de restrição, comunicam e apoiam insuficientemente a nível emocional ou até mesmo apresentam um comportamento proteção excessiva associa-se a uma maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas do foro psicológico na vida adulta. As evidências ainda apontam para o facto de um padrão inseguro estabelecido pela ausência afetiva e rejeição se relaciona a estratégias

emocionais mal adaptativas e mais expressividade de ansiedade e depressão (Silva & Mota, 2018).

No que tange à associação entre as experiências adversas na infância e as características de vinculação em idade adulta, verificou-se que na dimensão da vinculação ansiosa, existe uma relação estatisticamente significativa positiva, com os três tipos de abuso apresentados nos resultados, embora seja mais significativa ao nível do abuso emocional, seguindo-se da negligência emocional e por fim da negligência física, com uma correlação mais baixa. Este dado pode querer apontar, para situações onde existe a presença de abuso, que exista um aumento também da expressão de um tipo de vinculação ansioso na idade adulta, em que o indivíduo apresenta características como, o medo de não ser desejado e o receio do abandono. Este resultado é corroborado pelo estudo de Murta e colaboradores, na qual afirma que crianças educadas por práticas parentais abusivas, e inconsistentes, têm mais probabilidade de desenvolver relacionamentos onde ressaltam padrões de insegurança e desconfiança, bem como uma visão desadequada do merecimento de amor (Murta et al., 2019). Ainda dentro deste registo, em relação ao estudo de caso, pertencente aos dados qualitativos, observa-se a presença de um tipo de vinculação ansiosa, especialmente nas relações amorosas, sendo caracterizada por uma necessidade de preenchimento pelo parceiro amoroso, e colocação da responsabilidade em se sentir feliz, no outro, bem como, uma insegurança acentuada na eventualidade da perda. Estes resultados são confirmados pelo estudo de Murta e colaboradores (2019), que defende que indivíduos com elevado nível de ansiedade, podem retrair-se e não demonstrar a sua verdadeira opinião e visão sobre a situação por receio do abandono, (Murta et al., 2019) e que situações de dependência emocional, costumam ocorrer em alguns adultos com sintomas ansiosos que revelam mais a presença deste tipo de vinculação, surgindo de uma história pessoal de trocas afetivas deficitárias na infância e vinculação ansiosa, conduzindo ao

estabelecimento de uma relação com outra pessoa posteriormente, tendo por base este tipo de vinculação (Valle & Ferreira, 2018).

Na dimensão do conforto com a proximidade, ou seja o nível que o indivíduo se sente confortável com a intimidade e proximidade com os outros, no instrumento da vinculação adulta, também se observou uma correlação estatisticamente significativa negativa, demonstrando que na experiência especialmente de negligência emocional, existe uma diminuição do conforto com a proximidade nas relações, o mesmo acontece com a presença de abuso emocional e negligência física embora com valores mais baixos. O mesmo ocorre na dimensão da confiança com os outros, em que com a experiência de abusos, esta dimensão diminuiu, apresentando um valor mais alto para o abuso emocional, isto pode querer apontar para o facto das relações vinculativas estabelecidas na infância, apresentarem-se como preponderantes na idade adulta e na forma como o indivíduo se irá relacionar com outros, na capacidade de estabelecer relações de confiança e intimidade, e possivelmente, como influenciará o ciclo da violência. O estudo de Buck (2012) vai de encontro ao mesmo resultado, na qual os resultados demonstram que as desconfianças nos relacionamentos são influenciados pela vinculação e que apresentam uma maior probabilidade de desenvolver comportamentos agressivos. Também o estudo de Jaffee e colaboradores (2013), investigou a continuidade da experiência de maus-tratos ao longo de duas gerações, de forma a compreender as diferenças de mães que mantiveram a conduta agressiva, para mães que quebraram o ciclo. Estes autores concluíram que cerca de metade das famílias em que as mães tinham vivenciado maus-tratos na infância, quebrou o ciclo da violência. Identificaram como fatores de risco para a manutenção do comportamento agressivo, taxas mais altas de depressão, expressão de pouca afetividade com os filhos e descrevendo as relações com parceiros menos próximas e de pouca confiança. Já as mães que quebraram o ciclo de violência, relataram relacionamentos positivos

com os parceiros íntimos, e um grande nível de afetividade para com os filhos (Jaffe et al., 2013).

Relativamente ao objetivo de compreender se existe associação entre a vinculação, a autocompaixão e a presença de sintomatologia do foro psicológico em idade adulta, observam-se resultados interessantes. As correlações demonstram que ao nível da ansiedade nos relacionamentos, quando esta aumenta, aumenta também os sintomas de psicopatologia (e.g., depressão, ansiedade e stress), sendo mais determinante ao nível da depressão e stress, aumenta também o autojulgamento, ou seja, quando existe uma vinculação ansiosa existe uma maior expressão de sintomatologia e mais autocrítica. Este resultado coincide com o observado no estudo de Riggs (2010), na qual é explicado através de um modelo que os abusos contribuem negativamente para o estabelecimento da vinculação na primeira infância e que posteriormente irá conduzi a uma organização de vinculação insegura, défices na regulação emocional, modelos internos negativos sobre si, ou seja, quando este sujeito se desenvolve, começa a apresentar défices que propiciam à elaboração de esquemas interpessoais mal adaptativos interferindo no estabelecimento de relações sociais, nomeadamente na infância, adolescência e posteriormente no sistema de vinculação ao nível das relações íntimas em idade adulta com padrões relacionais de insegurança, sendo estes um risco para a dor psicológica (Riggs, 2010). Na dimensão da autobondade, quanto mais autobondade existe, menos ansiedade nos relacionamentos vai existir, isto pode querer significar que quando os indivíduos são capazes de se valorizar e perceberem com visões bondosas, menos ansiedade apresentarão ao nível das relações, possivelmente diminuindo o medo da perda do outro. Este resultado vai ao encontro do estudo de Pires (2019), na qual compreendeu avaliar a vinculação e a autocompaixão e que verificou que a autocompaixão influenciava negativamente a expressão de vinculação ansiosa, podendo significar que neste caso as vítimas se tranquilizavam, regulavam as suas emoções, sentindo-se menos ansiosas pelo medo da possibilidade em serem abandonadas (Pires, 2019).

Numa meta análise realizada, os autores pretenderam compreender a relação entre a compaixão e a presença de sintomatologia relacionada com a depressão, ansiedade e stress, os mesmos concluíram que níveis mais altos de compaixão foram associados a níveis mais baixos de sintomatologia e enfatizaram a importância da presença de uma atitude compassiva para a redução de sintomas de psicopatologia, aumento do bem-estar, e da capacidade de resiliência para situações adversas (MacBeth & Gumley, 2020). Este estudo vai ao encontro deste resultado, quanto maior é o autojulgamento, maior são os sintomas de stress, depressão e ansiedade e contrariamente, quando existe mais comportamentos de autobondade, menos existe a expressão da sintomatologia do foro psicológico.

Ao nível das diferenças entre o sexo feminino e masculino, observaram-se diferenças significativas entre as médias, nas dimensões do abuso emocional, ao nível da vinculação ansiosa, bem como, na expressão de sintomas de ansiedade e stress. Estas diferenças de média são superiores no sexo feminino em todas as dimensões apresentadas. No dado referente ao abuso emocional, este resultado coincide com o observado no estudo de Alves, Dutra e Maia (2013) em que os resultados demonstram que as mulheres apresentam percentagens mais altas de abuso emocional. No que diz respeito à vinculação ansiosa, este resultado vai de encontro ao estudo de Tosta e Cassepp-Borges (2021), que constatou que se observava um estilo de vinculação ansioso mais evidente para as mulheres. No que concerne aos sintomas de ansiedade e stress não foi possível ir ao encontro do estudo de Martins e colaboradores (2019), pois, este demonstrou que os valores ao nível da ansiedade e stress para a sua amostra foram semelhantes entre homens e mulheres.

Conclusão

O principal objetivo deste estudo foi compreender de que forma é que ter sido vítima de abusos infantis, influencia na idade adulta, ao nível da autocompaixão, expressão de sintomas de stress, ansiedade e depressão, e vinculação. Compreender também como é que a autocompaixão pode ter impacto na expressão destes sintomas, e se existe correlação entre a vinculação.

Relativamente à vitimização infantil, os resultados do presente estudo permitiram verificar que em relação aos maus-tratos na infância, existe uma maior prevalência ao nível da negligência emocional, posteriormente o abuso emocional e por fim a negligência física, tal como no estudo de caso, em que se observa uma história marcada por experiências de abuso emocional e negligência emocional. No entanto, o índice de negação presente neste estudo, demonstra um resultado interessante, na qual, embora o índice de exposição aos maus-tratos na infância, seja relativamente baixo, o índice de negação descreve que 61 indivíduos, ou seja 14% da amostra total, negam ou minimizam terem passado por situações adversas na infância, podendo querer explicar o baixo valor no indicador da exposição aos maus-tratos devido à negação da ocorrência dos mesmos.

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que o trauma na infância contribui negativamente para várias consequências, nomeadamente na expressão de sintomas de stress, ansiedade e depressão. Não só o abuso emocional se relaciona com a depressão, como a negligência emocional também, apresentando uma correlação estatisticamente significativa. Para além disto, ainda é visível um resultado estatisticamente significativo entre a ansiedade e o stress, mais prevalente no abuso emocional.

Ao nível da autocompaixão e associação entre a vitimização na infância, constatamos que em todos os tipos de abusos, à medida que aumentam, diminuem a autobondade, sendo mais expressivo ao nível da negligência emocional.

Ao nível da vinculação em adultos, verificou-se que na dimensão da vinculação ansiosa, existe uma relação estatisticamente significativa positiva, com os três tipos de abuso apresentados nos resultados, embora seja mais significativa ao nível do abuso emocional, seguindo-se da negligência emocional e por fim da negligência física, com uma correlação mais baixa. Este dado pode querer apontar, para situações onde existe a presença de abuso, que exista um aumento também da expressão de um tipo de vinculação ansioso, em que o indivíduo apresenta características como, o medo de não ser desejado e o receio do abandono.

Ao nível das diferenças entre o sexo feminino e masculino, observaram-se diferenças significativas entre as médias, nas dimensões do abuso emocional, ao nível da vinculação ansiosa, bem como, na expressão de sintomas de ansiedade e stress. Estas diferenças de média são superiores no sexo feminino em todas as dimensões apresentadas.

Quanto às limitações verificadas na realização deste estudo, aponto para o facto de a amostra presente apresentar um baixo nível no indicador de exposição aos maus-tratos, o que poderá ter influência nos resultados. Esta característica pode ter sido a razão que conduziu a inviabilidade de utilização de duas dimensões do instrumento de maus-tratos na infância.

No que diz respeito às sugestões para estudos futuros, seria interessante estudar as experiências abusivas fora de casa, nomeadamente o bullying na escola e perceber a influência deste nas outras variáveis, e para além disto, a realização de um estudo sobre eficácia da prática da autocompaixão em situações de abuso, nomeadamente através das terapias de terceira geração, como por exemplo, a terapia focada na compaixão, ou terapia baseada em mindfulness.

Os contributos desta investigação debruçam-se sobre o fornecimento de entendimento sobre o papel da autocompaixão, uma vez que é uma variável relativamente pouco estudada, sendo capaz de trazer marcos importantes para a compreensão da importância da mesma, como um fator de proteção para vários eventos negativos. Para além disto, providenciar

conhecimento científico importante para a psicologia clínica e para a exposição da importância desta variável na saúde psicológica dos indivíduos. A vitimização infantil é um fator muito importante para compreender o desenvolvimento humano, e o impacto da experiência de traumas na fase da infância, uma vez que, atualmente se procura intervir de forma positiva sobre a parentalidade.

Referências

- Alves, J., Dutra, A., & Maia, Â. (2013). História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 701-709.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia argumento*, 27(58), 253-260.
- Becker, A., Vieira, M., Crepaldi, M. (2019). Apego e parentalidade sob o enfoque transcultural: Uma revisão da literatura. *Psicogente*, 22(42), 1-25.
- Beltrami, L., de Moraes, A. B., & de Souza, A. P. R. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 25(2), 229-239.
- Bettencourt, S. (2017). *Parentalidade positiva: Estudo sobre a percepção da importância da participação em programas de educação parental* [dissertação de Mestrado, Funchal Universidade da madeira, Faculdade de Artes e Humanidades].
- Biber, D. D., & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of health psychology*, 24(14), 2060-2071.
- Boas, A. C. V., & Dessen, M. A. (2019). Transmissão intergeracional da violência física contra a criança: um relato de mães. *Psicologia em estudo*, 24, 1-15.
- Bowlby, J. (1979). A teoria do apego de Bowlby-Ainsworth. *Behavioral and Brain Sciences*, 2 (4), 637-638. doi:10.1017/S0140525X00064955.
- Bowlby, J. 1997. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo, Martins Fonte.
- Buck, N. M. L., Leenaars, E. P. E. M., Emmelkamp, P. M. G., & Marle, H. J. C. (2012). Explicando a relação entre apego inseguro e abuso do parceiro: o papel das características de personalidade. *Revista de violência interpessoal*, 27 (16), 3149-3170.

Camargo, I. M., Fernandes, M. N., Yakuwa, M. S., Carvalho, A. M. P., Santos, P. L., Gherardi-Donato, E. C. S., & Mello, D. F. (2017). Resiliência em crianças e adolescentes vítimas de estresse precoce e maus-tratos na infância. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 13(3), 156-166.

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156-186.

Caridade, S., Fonte, C., & Neiva, S. (2018). Vitimização precoce e funcionamento adaptativo em adultos: estratégias de enfrentamento. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 10(1), 11-21.

Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compassão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 00(0), 1-15.

Çelik, Ç. B., & Odaci, H. (2012). The effect of experience of childhood abuse among university students on self-perception and submissive behavior. *Children and Youth Services Review*, 34, 200–204.

Chen, C., & Qin, J. (2020). Emotional abuse and adolescents' social anxiety: The roles of self-esteem and loneliness. *Journal of family violence*, 35(5), 497-507.

Chung, G., Smith, Q., Frey, J., & Lanier, P. (2021). Associações entre depressão e parentalidade de pais no Head Start e autoeficácia parental como fator de proteção. *Revisão dos Serviços para Crianças e Jovens*, 120, 2-9.

- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Casto-Vale, I., Kleber, R., & Cardoso, R. M. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do questionário de trauma de infância – versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia, 11*(2), 103-120.
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J., & Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 24*, 767-778.
- Drake, K., L., & Ginsburg, G., S. (2011). Parenting practices of anxious and nonanxious mothers: A multi-method, multi-informant approach. *Child & Family Behavior Therapy, 33*, 299-321.
- Ferreira, C. L. S., Côrtes, M. C. J. W., & Gontijo, E. D. (2019). Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus-tratos infantis. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*, 3997-4008.
- Fiorini, M. C., & Patta Bardagi, M. (2018). Funcionamento familiar, diferenciação do self e adaptabilidade de carreira de universitários brasileiros. *Psicologia desde el Caribe, 35*(3), 210-233.
- Fraley, R. Chris; Hudson, Nathan W.; Heffernan, Marie E.; Segal, Noam (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology, 109*(2), 354–368. doi:10.1037/pspp0000027
- González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Fernández, D., & Ribas, J. (2018). Dependencia emocional en mujeres: una revisión de la literatura empírica. *Psicosomática y psiquiatría, 5*(5).
- Granja, M. B., & Mota, C. P. (2018). Estilos parentais e vinculação amorosa: efeito mediador do bem-estar psicológico em jovens adultos. *Avances en Psicología Latinoamericana, 36*(1), 93-109.

Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child abuse & Neglect, 103*, 104446.

Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101.

Honor, G. (2017). Resiliência. *Journal of Pediatric Health Care, 31*(3), 384-390.

Jaffee, S. R., Bowes, L., Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Merrick, M. T., & Arseneault, L. (2013). Safe, stable, nurturing relationships break the intergenerational cycle of abuse: A prospective nationally representative cohort of children in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health, 53*(4), 4-10.

Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S., Bryant, R., & Harvey, S. (2018). Caminho para a resiliência: uma revisão sistemática e meta-análise de programas e intervenções de treinamento em resiliência. *BMJ aberto, 8*(6), 1-9.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33*(1), 159-174.

Lima, I. (2018). Promover a parentalidade positiva: O triple P em Portugal. Atas do VI seminário internacional cognição, aprendizagem e desempenho.

Lopes, M., Catarino, H., & Dixe, M. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem, 3*(1), 109-118.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2020). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6) 545-552.

Maltreatment & Trauma 19, 5-51.

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*(1), 131-141.

- Margolin, G., Ramos, M. C., Timmons, A. C., Miller, K. F., & Han, S. C. (2016). Intergenerational transmission of aggression: Physiological regulatory processes. *Child development perspectives, 10*(1), 15-21.
- Marin, A. H., Martins, G. D. F., Freitas, A. P. C. D. O., Silva, I. M., Lopes, R. D. C. S., & Piccinini, C. A. (2013). Transmissão intergeracional de práticas educativas parentais: evidências empíricas. *Psicologia: teoria e pesquisa, 29*, 123-132.
- Martins, B. G., Silva, W. R. D., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 68*, 32-41.
- Melo, O., & Mota, C. P. (2013). Vinculação amorosa e bem-estar em jovens de diferentes configurações familiares. *Psicologia em Estudo, 18*, 587-597.
- Mota, C. P., & Ferreira, S. D. (2019). Estilos parentais, competências sociais e o papel mediador da personalidade em adolescentes e jovens adultos. *Análise Psicológica, 2*, 269-284. Motricidade Humana/FCT.
- Muris, P., & Otgaar, H. (2020). The process of science: A critical evaluation of more than 15 years of research on Self-Compassion Scale. *Mindfulness, 11*(6), 1469-1482.
- Murta, S. G., Pires, M. R. P., Tavares, A. S., Cordeiro, M. A., Teixeira, E. G., & Adorno, N. (2019). Intimidade e apego no namoro: implicações de estudos de caso para prevenção à violência. *Contextos Clínicos, 12*(1), 205-225.
- Neff, K. (2003) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a
- Neff, K. D. (2016). Does Self-Compassion entail reduced self-judgment, isolation, and/or identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi. *Mindfulness, 7*(3), 791-797.
- Nunes, K. G., Tonietto, L., Dias, K., & Rego, C. (2020). O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão. *Diaphora, 9*(3), 9-13.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Violência emocional e psicológica. Documentos de Apoio à Prática, 1-9.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

Peng, Y., Shen, J. (2012). The Analysis of self-compassion and self-construal in the compassion-contemplation of buddhism. *Advances in Psychological Science*, 20(9), 1479-1486.

Pereira N. É. F., & Grzybowski, L. S. (2020). Parentalidade e problemas emocionais e comportamentais: análise transgeracional a partir da Teoria de Murray Bowen. *Pensando familias*, 24(1), 96-112.

Pereira Neto, É. F., & Grzybowski, L. S. (2020). Parentalidade e problemas emocionais e comportamentais: análise transgeracional a partir da Teoria de Murray Bowen. *Pensando familias*, 24(1), 96-112.

Pereira, I. R. F. (2017). Escala compósita de codependência: adaptação para a população portuguesa (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.

Pereira, L. M., & Kohlsdorf, M. (2014). Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida de Pais no Tratamento da Paralisia Cerebral Infantilão dos filhos portadores de paralisia cerebral. *Interação em Psicologia*, 18(1).

Pires, A. C. P. (2019). Sintomas Psicopatológicos, Autocompaixão, Autocriticismo e Vinculação em Mulheres Vítimas de Violência Conjugal (Tese de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Pratas, A., Eira, J., Ribeiro, E., & Cordeiro, L. (2017). A par e passo com a família: A importância da educação parental para os técnicos que intervêm junto de famílias multidesafiadas. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 247-259.

Rebeschini, C. (2017). Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: relações e diagnósticos. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 5(2), 67-74.

Riggs, S. A. (2010) Childhood emotional abuse and the attachment

Rosa, L. W., Haack, K. R., & Falcke, D. (2015). Rompendo o ciclo de violência na família: Concepções de mães que não reproduzem o abuso sofrido na infância com seus filhos. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2), 26-36.

Ross, N., D., Kaminski, P. L., & Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child Abuse & Neglect* 92, 32-42.

Silva, F. M., & Mota, C. P. (2018). Vinculação aos pais, adversidade na infância e desenvolvimento de psicopatologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1), 175-192.

Simpson, JA, & Rholes, WS (2017). Adult attachment, stress and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology* 13, 19-24.

Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.

system across the life cycle: what theory and research tell us. *Journal of Aggression*,

Thoma, M. V., Bernays, F., Eising, C., Maercker, A., & Rohner, S. L. (2021). Child maltreatment, life trauma, and mental health in Swiss older survivors of enforced child welfare practices: Investigating the mediating role of self-esteem and self-compassion. *Child Abuse & Neglect*, 113, 104925.

Tomaz, M. P. B. (2021). Relação entre abuso emocional, sintomas psiquiátricos, esquemas iniciais desadaptativos e apego adulto (Tese de mestrado). Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Paraíba.

Tosta, S., A., & Cassepp-Borges, V. (2021). Entendendo os Relacionamentos Íntimos com Comportamento Abusivo por meio da Teoria do Apego. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 55(1), 1-17.

Urbiola, I., & Estevez, A. (2015). Dependência emocional e esquemas precoces desadaptativos no namoro de adolescentes e jovens. *Behavioral Psychology /Psicología Conductual*, 23(3), 571–587. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/e40a3a4f288a6552f6d84f2c771bca4f/1?pqorigsite=gscholar&cbl=966333>

Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I., & Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad y estrés*, 23(1), 6-11. doi:10.1016/j.anyes.2016.11.003

Valle, L., & Moral, M., V. (2018). Dependencia emocional y estilo de apego adulto en las relaciones de noviazgo en jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(1), 27-41.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119.

World Health Organization (2001). Relatório Mundial de saúde. Organização Mundial de Saúde.

Wu, Q., Cao, H., Lin, X., Zhou, N., & Chi, P. (2021). Child maltreatment and subjective well-being in chinese emerging adults: A process model involving self-esteem and self-compassion. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22.

Wu, Q., Chi, P., Lin, X., & Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse & Neglect, 80*, 62-69.

Anexos

Anexo A- Consentimento informado



Universidade Lusíada
Lisboa

No âmbito da realização da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica está a decorrer um estudo baseado no impacto da experiência de traumas na infância na vinculação, e autocompaixão em idade adulta, cujo objetivo é compreender e caracterizar os vários tipos de abuso sofridos na infância e consequentemente o impacto dos mesmos na forma como o indivíduo se relaciona com os outros e consigo próprio. Posto isto, pede-se a sua colaboração para a realização de uma entrevista para o aprofundamento destas questões mencionadas.

As respostas são anónimas e, por isso, nenhuma informação pessoal que a identifique será revelada, os dados serão tratados de forma totalmente confidencial e usados unicamente para fins académicos.

Aceita participar neste estudo?

SIM

NÃO

Data: _____

Anexo B- Instrumento SELFCS

SCS (Kristin Neff, 2003) - versão portuguesa SELFCS (Castilho & Gouveia, 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	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 aspetos da minha personalidade que não gosto.					
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afeto 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 aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito em baixo.					
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspetiva (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 afetuoso(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 aspetos da minha personalidade de que não gosto.					

Anexo C- Instrumento EVA

Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, 1995) Versão Portuguesa da Adult

Attachment Scale-R (Collins & Read, 1990)

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo D- Instrumento EADS_21

EADS_21 (Lovibond & Lovibond, 1995), versão portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

EADS-21 - Nome		Data ___ / ___ / ___			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1-aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes</p>					
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	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	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

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Anexo E- Instrumento CTQ_SF

CTQ-SF Questionário de Trauma Infantil – Versão Breve (Bernstein et al., 2003;

Trad. E adapt., Calafate Ribeiro et al., 2010)

Encontra abaixo um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor, classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida.

0 - Nunca 1 – poucas vezes 2 – Às vezes 3 – Muitas vezes 4- Sempre
Na minha infância e juventude...

1. Eu não tinha comida suficiente.	1	2	3	4	5
2. Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5
3. As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.).	1	2	3	4	5
4. Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.	1	2	3	4	5
5. Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante	1	2	3	4	5
6. Tinha que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5
7. Senti-me amado(a).	1	2	3	4	5
8. Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5
9. Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.	1	2	3	4	5
10. A minha família parecia quase perfeita	1	2	3	4	5
11. Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.	1	2	3	4	5
12. Batiam-me com um cinto, um pau, um acorda ou outras coisas que me magoavam.	1	2	3	4	5
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5
14. Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.	1	2	3	4	5
15. Acredito que fui fisicamente maltratado.	1	2	3	4	5
16. Tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5
17. Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.	1	2	3	4	5
18. Sentia que na minha família alguém me odiava.	1	2	3	4	5
19. As pessoas da minha família eram unidas.	1	2	3	4	5
20. Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar em alguém sexualmente.	1	2	3	4	5
21. Ameaçaram magoar-me ou contra mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1	2	3	4	5
22. Tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5
23. Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.	1	2	3	4	5
24. Alguém me assediou.	1	2	3	4	5

25. Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	1	2	3	4	5
26. Havia alguém para me levar ao medico quando eu precisava.	1	2	3	4	5
27. Acredito que fui abusado sexualmente.	1	2	3	4	5
28. A minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo F- Questionário Sociodemográfico

QUESTÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade:_____

3. Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viúvo(a)

4. Habilitações literárias completas:

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Naturalidade:_____

6. Situação Profissional:

- Empregado/a
- Desempregado/a
- Estudante
- Reformado/a
- Baixa médica
- Outro:_____

7. Profissão:_____

Anexo G- Tabela de Orientação da Entrevista Semiestruturada- Estudo de caso

Dimensões	<i>Questões</i>
Sintomas psicopatológicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como se sente neste preciso momento? Consegue identificar as principais emoções que está a sentir? 2. Durante a última semana, pode caracterizar o seu humor? 3. Considera ter momentos de maior nervosismo ou tristeza? 4. Com que frequência e intensidade sente essas emoções? 5. Procura o apoio de alguém nesses momentos? 6. Quando se sente essas emoções, o que costuma fazer para se acalmar?
Autocompaixão	<ol style="list-style-type: none"> 7. Pratica alguma atividade relacionada ao relaxamento? Se sim, qual? Quais são os benefícios que essas atividades lhe proporcionam? 8. Como se define a si própria como pessoa? 9. Que tipo de pensamentos lhe vêm à cabeça a fazer este exercício de pensar na sua própria pessoa? 10. Consegue identificar quatro qualidades e quatro defeitos seus? 11. Como se sente ao pensar nesses defeitos que mencionou? 12. E quando comete algum erro, o que fica mais presente no seu pensamento? Quer seja no trabalho ou em alguma atitude para com os outros. 13. No desenvolvimento da nossa própria imagem, as pessoas mais próximas de nós, são muito impactantes. De que forma os seus relacionamentos mais próximos (quer seja professores, família, etc.) em criança, definem a sua forma de olhar para si própria nos dias de hoje?
Vinculação com os outros	<ol style="list-style-type: none"> 13.1 Gostaria de explorar ainda, como foram estes relacionamentos próximos na sua infância, nomeadamente com as principais figuras que cuidaram de si nessa fase do desenvolvimento, ou seja, como era a sua relação com os mesmos. 14. De que maneira pensa que esses relacionamentos na infância, tiveram um papel na forma de se relacionar com as outras pessoas na idade adulta?

	<p>15. Algo que também se relaciona com a forma como nós nos vemos, é a forma como nos relacionamos com outras pessoas, poderia falar um pouco sobre como funcionam os seus relacionamentos hoje em dia? Quer seja relações amorosas, de amizade ou familiares.</p>
<p>Trauma na infância</p>	<p>16. Existe algum acontecimento que tenha experienciado na sua infância que considere ter sido traumático?</p> <p>16.1 (Se sim) gostaria de partilhar?</p> <p>16.2 (Se sim) acha que pode ter condicionado a forma como é hoje?</p> <p>16.3 (Se sim) de que forma?</p>