

ANA SOFIA LOPES ROCHETA

**A Relação entre a Autocompaixão,
o Autoestigma da Depressão e o Evitamento Cognitivo-
Comportamental em Adultos com Sintomatologia Depressiva**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

ANA SOFIA LOPES ROCHETA

**A Relação entre a Autocompaixão,
o Autoestigma da Depressão e o Evitamento Cognitivo-
Comportamental em Adultos com Sintomatologia Depressiva**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Jean-Christophe Giger



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

**A Relação entre a Autocompaixão,
o Autoestigma da Depressão e o Evitamento Cognitivo-
Comportamental em Adultos com Sintomatologia Depressiva**

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Ana Sofia Lopes Rocheta)

Copyright © 2021 Ana Sofia Lopes Rocheta. A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

No fim de uma etapa tão importante na minha vida, não posso deixar de agradecer de forma especial a todas as pessoas que ao longo deste caminho deixaram a sua marca e que estando ao meu lado, tanto contribuíram para o meu crescimento como pessoa e como aluna.

Ao professor Jean-Christophe, agradeço todos os ensinamentos, sem dúvida que foi um longo caminho com alegrias, angústias, mas tudo ultrapassável, principalmente quando sabemos que “do outro” lado está alguém disposto a auxiliar e que nunca desiste de nós.

À professora Maria Helena, não sei quais as palavras mais certas para expressar o sentimento de orgulho por ter sido minha professora e por tanto que me ensinou. O olhar sempre atento, a simpatia, com que me ensinou a “subir degrau, a degrau” consigo aprendi o que é ser resiliente.

Um agradecimento especial, a todos os professores. Que ambiente maravilhoso, fui sempre recebida com muita simpatia e gentileza, a boa disposição e o sentimento de partilha de conhecimentos sem dúvida que são uma mais-valia para a aprendizagem.

Às minhas colegas, Sandra, Carolina, Elisabete, Tânia, Márcia e Inês, quantas voltas a vida deu. Quantos foram os desafios, numa jornada que ainda estava longe de terminar, obrigada pelos vossos gestos, pela simpatia, pela energia inesgotável, pela alegria contagiante, por me fazerem sorrir.

Agora sim, chegou a momento, de agradecer à minha família, às pessoas mais importantes para mim. É com muito carinho que escrevo estas palavras de profundo agradecimento. Aos meus pais que sempre estiveram comigo que acreditaram mais em mim do que eu própria, que na vida me orientam sempre pelo melhor caminho ou que pelo menos procuram sempre aquilo que acreditam que é o certo, o justo. Aos meus avôs, agradeço o apoio incondicional. Aos meus que já partiram... que infinita saudade, que honra, que privilégio, sei que estão comigo.

Por fim, tenho que agradecer a todos os participantes que com a sua colaboração também tornaram este estudo possível.

Muito obrigada por tudo!

Resumo

O evitamento cognitivo-comportamental assume uma importância neste estudo quando se fala em autoestigma da depressão e sintomatologia depressiva. A investigação revela que indivíduos depressivos apresentam um aumento no repertório de comportamentos de evitamento, devido às crenças derivadas do estigma que internalizam, promovendo um agravamento e manutenção da depressão. Salienta-se a eficácia da autocompaixão como uma ferramenta de regulação emocional capaz de reduzir a sintomatologia depressiva e amenizar as consequências do autoestigma e a redução dos comportamentos de evitamento.

Objetivo: O objetivo principal deste estudo é perceber se existe uma relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental em adultos com sintomatologia depressiva. Colocou-se a hipótese de que a autocompaixão pode atenuar os efeitos do autoestigma da depressão e do evitamento.

Método: Para o efeito, foi recolhida uma amostra de 90 participantes que responderam a um questionário sobre a sintomatologia depressiva, sobre o autoestigma da depressão, sobre a autocompaixão e sobre o evitamento cognitivo-comportamental.

Resultados: Observou-se que a autocompaixão, o autoestigma da depressão, a sintomatologia depressiva foram preditores significativos do evitamento cognitivo-comportamental. De acordo com os resultados, a autocompaixão reduz o autoestigma. O autoestigma da depressão mediatiza a relação entre a autocompaixão e o evitamento cognitivo-comportamental.

Conclusão: Existe uma relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental. A autocompaixão mostra ser um fator de protetor contra o autoestigma e mostra reduzir os comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Evitamento cognitivo-comportamental; Autoestigma da depressão; Autocompaixão; Sintomatologia depressiva

Abstract

Cognitive-behavioral avoidance is important in regards to the self-stigma of depression and depressive symptoms. The research reveals that depressive individuals have an increase in the repertoire of avoidance behaviors. The increase is due to the benefits derived from the stigma they internalize, promoting an aggravation and maintenance of depression. Emphasis is placed on the effectiveness of self-compassion as an emotional regulation tool capable of reducing depressive symptoms thereby mitigating the consequences of self-stigma and reducing avoidance behaviors.

Objective: The main objective of this study is to understand if there is a relationship between self-compassion, depression self-stigma, and cognitive-behavioral avoidance in adults with depressive symptoms. We hypothesized that self-compassion can mitigate the effects of depression and avoidance self-stigma.

Method: For this purpose, a sample of 90 participants was collected who answered a questionnaire addressing depressive symptoms, depression self-stigma, self-compassion, and cognitive-behavioral avoidance.

Results: It was observed that self-compassion, self-stigma of depression, and depressive symptoms were significant predictors of cognitive-behavioral avoidance. According to the results, self-compassion reduces self-stigma. The self-stigma of depression mediates the relationship between self-compassion and cognitive-behavioral avoidance.

Conclusion: There is a relationship between self-compassion, self-stigma of depression, and cognitive-behavioral avoidance. Self-compassion is shown to be a protective factor against self-stigma and has also been shown to reduce cognitive-behavioral avoidance behaviors.

Keywords: Cognitive-behavioral avoidance; Self-stigma of depression; Self-compassion; Depressive symptoms.

Índice

Introdução	1
Parte I - Enquadramento teórico	3
Capítulo 1 - Definição conceptual de depressão, dados estatísticos e prevalência.....	3
1. Definição conceptual de depressão	3
1.1 Dados estatísticos e prevalência.....	6
Capítulo 2 - O evitamento cognitivo-comportamental, o autoestigma da depressão e a autocompaixão	7
2.1 Evitamento cognitivo-comportamental na depressão	7
2.2 Autoestigma da depressão.....	8
2.2.1 Perceções sociais sobre o autoestigma da depressão e o impacto na saúde e nos comportamentos	8
2.3 O autoestigma da depressão na relação entre a severidade da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental	10
2.4 Autocompaixão	11
2.4.1 A autocompaixão como um fator protetor contra o autoestigma da depressão e sintomatologia depressiva	11
Capítulo 3 - Objetivo do estudo	14
3.1 Objetivo principal	14
Parte II- Estudos empíricos	15
Capítulo 4- Validação da Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS) (Ottenbreit & Dobson, 2004).....	15
4.1 Validação da Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS) para a população portuguesa	15
4.1.2 Descrição do instrumento	15
4.2 Estudo 1.	16
4.2.1 Metodologia	16
4.2.2 Participantes	16
4.2.3 Instrumentos.....	17
4.2.3.1 Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (EECC) - Versão portuguesa	17
4.2.3.2 Medidas para testar a validade convergente e divergente	17
4.2.3.2.1 Medidas para avaliar a sintomatologia depressiva.....	17
Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (QSP-9) (PHQ-9; Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).	17

Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD) (NMDAS; New Multidimensional Depression Assessment Scale; Cheung & Power, 2012; versão portuguesa de Pereira da Silva, 2012).....	18
4.2.3.3 Medidas de evitamento e inflexibilidade psicológica e flexibilidade mental . 18	
Questionário de Aceitação e Ação - II (QAA-II) (AAQ-II; Acceptance and Action Questionnaire – II; Bonde et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis & Xavier, 2012).....	18
Escala de Consciência e Atenção Plena (ECAC) (MAAS; Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2013). 19	
4.3 Procedimento de recolha de dados.....	19
4.4 Resultados	19
4.4.1 Análise fatorial confirmatória (AFC).....	19
4.4.2 Validade convergente e divergente	26
4.4.2.1 Análises preliminares	26
4.4.3 Diferenças de género.....	26
4.4.4 Análises correlacionais	26
4.5 Estudo 2.	28
4.5.1 Metodologia	28
4.5.2 Participantes	28
4.5.3 Instrumentos.....	29
4.5.4 Procedimento de recolha de dados.....	29
4.6 Resultados	29
4.7 Discussão	30
Capítulo 5 - Validação da Self-Stigma of Depression Scale (SSDS) (Barney, Griffiths, Christensen & Jorm, 2010)	31
5.1 Validação da Self-Stigma of Depression Scale (SSDS) para a população portuguesa	31
5.1.1 Descrição do instrumento	31
5.2 Metodologia	32
5.2.1 Participantes	32
5.2.2 Instrumentos.....	33
Questionário de dados sociodemográficos.....	33
5.3 Procedimento	33
5.3.1 Procedimento de recolha de dados.....	33
5.4 Resultados	34
5.4.1 Análise fatorial confirmatória (AFC).....	34
5.4.2 Validade convergente.....	36
Capítulo 6 - Estudo principal	38

6.1 Objetivo do estudo principal	38
6.2 Metodologia	38
6.2.1 Participantes	38
6.2.2 Instrumentos	39
Questionário de dados sociodemográficos	39
Escala de Autocompaixão (EAC) (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011)	39
6.3 Procedimentos	41
6.3.1 Procedimento de recolha de dados	41
6.3.2 Procedimento de análise de dados	41
6.4 Resultados	41
6.4.1 Análise preliminar	41
6.4.2 Triagem da depressão	41
6.4.3 Resultados principais	42
6.4.4 Análise de correlações	44
6.4.5 Análise de regressões	44
6.4.6 Efeitos indiretos	45
Capítulo 7 - Discussão dos resultados	51
7.1.1 Relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental	51
7.1.2 Relação entre a sintomatologia depressiva, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental	52
7.1.3 Implicações práticas	53
7.1.4 Investigações futuras e limites do estudo	55
Capítulo 8 - Conclusão	56
ANEXOS	64

Índice de tabelas

Tabela 4.1 Estatísticas descritivas e cargas fatoriais para a EECC e respectivos itens.....	20
Tabela 4.2 Correlações entre a escala total e as subescalas	22
Tabela 4.3 Correlações e Alfa de <i>Cronbach</i> para a escala total e adaptações anteriores.....	22
Tabela 4.4 Índices de ajustamento para os modelos analisados no Estudo 1	23
Tabela 4.5 Índices de adequação para adaptações anteriores da EECC	25
Tabela 4.6 Estatísticas descritivas e correlações entre as subescalas	27
Tabela 4.7 Diferenças entre participantes depressivos e não depressivos	30
Tabela 5.8 Índices de ajustamento para os modelos analisados.....	35
Tabela 5.9 Estatísticas descritivas para a escala total e para as quatro subescalas	36
Tabela 5.10 Correlações entre a Escala de Autoestigma da Depressão (EAED) e o Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (QSP-9) (N=155)	36
Tabela 6.11 Estatísticas descritivas	43
Tabela 6.12 Correlações.....	47
Tabela 6.13 Análise de regressão na Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental, na Escala de Autocompaixão, no Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 e na Escala de Autoestigma da Depressão.....	49
Tabela 6.14 Análise de regressão na Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental, na subescala Condição humana, no Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 e na Escala de Autoestigma da Depressão.....	50

Índice de figuras

Figura 4.1 Modelo 1 A - Quatro fatores originais menos o item 16	23
Figura 4.2 Modelo 2- Modelo hierárquico	24
Figura 5.3 Análise fatorial confirmatória da EAED: FC1- Vergonha; FC2 Auto-culpa; FC3 - Inibição na procura de ajuda; FC4- Inadequação social.....	35

Índice de anexos

Anexo A	65
Anexo B	67
Anexo C	70

Siglas e abreviaturas

AFC- Análise fatorial confirmatória

CBAS - Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (*Cognitive-Behavioral Avoidance Scale*)

EAC - Escala de Autocompaixão

ECAC- Escala de Consciencialização da Atenção Consciente

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

NEMD -Nova Escala Multidimensional da Depressão

PHQ-9 - Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (*Patient Health Questionnaire-9*)

QAA-II- *Questionário de Aceitação e Ação - II (Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-II)*

SPSS- *Statistical Package for the Social Science*

SSDS - Escala de Autoestigma da Depressão (*Self- Stigma of Depression Scale*)

VIH -Vírus da Imunodeficiência Adquirida

Introdução

O evitamento cognitivo-comportamental está associado à sintomatologia depressiva, uma vez que é possível verificar que eventos negativos desencadeiam sintomas depressivos, que se tornam problemáticos quando evocam comportamentos de evitamento. Esta ligação entre a gravidade da depressão e o evitamento é evidente no estudo dos autores Ottenbreit e Dobson (2004). O evitamento prediz estados de espírito depressivos (Blalock & Joiner, 2000; Londahl et al., 2005), episódios depressivos (Kuyken & Brewin, 1994) e a sua manutenção (Holahan & Moos, 1986). Os comportamentos de evitamento tornam-se mais evidentes, quando o indivíduo é estigmatizado. O estigma social é percebido como um fenómeno em que alguém não está capacitado para ser aceite na sociedade. Esta é uma marca diferencial de valor pejorativo, que inferioriza, sendo estabelecida a partir de critérios impostos de forma arbitrária nas relações sociais (Goffman, 1988). A sociedade acredita que os doentes são totalmente responsáveis pela sua patologia e que são um perigo.

Existe a crença de que quem sofre de uma doença mental não é capaz de recuperar e que nunca vai conseguir trabalhar ou viver autonomamente (Corrigan & Bink, 2016). O autoestigma resulta destas perceções sociais, este é definido como atitudes negativas sobre a doença mental que são percebidas pelo indivíduo estigmatizado. A internalização de estereótipos negativos sobre a doença mental começou a receber uma maior atenção na literatura. A antecipação e o medo de respostas estigmatizantes de outras pessoas são comuns em indivíduos com patologias do foro psicológico (Angermeyer et al., 2004) uma vez que estes podem internalizar as visões estigmatizantes que percebem (Corrigan, 1998). Perante esta ideia, salienta-se a importância da autocompaixão como ferramenta de autorregulação emocional e pensa-se que esta seja um fator protetor contra a depressão.

Os teóricos defendem a identificação de fatores de proteção como necessários e vantajosos para aumentar as taxas de remissão dos sintomas depressivos e diminuir a probabilidade de recaídas (Sin & Lyubomirsky, 2009; Watson & Naragon-Gainey, 2010).

São vários os estudos sobre a autocompaixão que têm demonstrado a sua importância enquanto um processo de regulação emocional facilitador do ajustamento psicológico a condições adversas (e.g., Dowd & Jung, 2017; Kashdan & Rottenberg, 2010). No entanto, são poucos os estudos que tenham investigado no contexto do autoestigma na depressão, em concreto sobre as experiências de estigma e o impacto que estas podem ter na saúde mental e nos comportamentos dos doentes.

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo principal perceber qual a relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental numa amostra de adultos com sintomatologia depressiva. Coloca-se a hipótese de que a autocompaixão poderá ser eficaz no combate do autoestigma na depressão e na redução de comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental.

Este trabalho divide-se em duas grandes partes: a revisão de literatura e os estudos empíricos. No que se refere à primeira parte, no primeiro capítulo, é caracterizada detalhadamente a patologia depressiva e identificada a sua expressividade mundial através de dados estatísticos que auxiliam a perceber de que forma esta atinge a população quanto à sua prevalência. No segundo capítulo, é evidenciado o papel do evitamento cognitivo-comportamental. É explicado como o evitamento pode ser um fator de manutenção da depressão, assim como, este contribui significativamente para o agravamento da sintomatologia depressiva e, conseqüentemente para o aumento dos comportamentos de evitamento e fuga. Também é mencionado o fenómeno do estigma, em particular, o autoestigma na depressão. Revela-se prioritário dar a conhecer o que é o estigma na doença mental com especial incidência na depressão, quais as percepções sociais existentes na comunidade relativamente a esta problemática e que efeitos surgem após o contacto do indivíduo deprimido com esta realidade. Perante a problemática exposta, a autocompaixão surge como um potencial fator protetor contra o autoestigma da depressão. Ainda na primeira parte, é referido qual o objetivo principal desta investigação.

Quanto à segunda parte, esta engloba os restantes capítulos deste estudo. Primeiramente é apresentada a validação da *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (Cognitive-Behavioral Avoidance Scale, CBAS)* desenvolvida pelos autores Ottenbreit e Dobson (2004) e da *Escala de Autoestigma da Depressão (Self-Stigma of Depression Scale, SSDS)* desenvolvida pelos autores Barney, Griffiths, Christensen e Jorm (2010) para a população portuguesa, uma vez que não existia versões para esta população. Posteriormente é apresentado o estudo principal desta investigação, visto que não existia até agora, um estudo que se tivesse debruçado sobre a relação entre as variáveis: autocompaixão, autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental e sobre como a autocompaixão pode ter efeitos positivos contra o autoestigma da depressão e na diminuição dos comportamentos de evitamento.

Parte I - Enquadramento teórico

Capítulo 1 - Definição conceptual de depressão, dados estatísticos e prevalência

1. Definição conceptual de depressão

A depressão consiste numa vasta gama de problemas de saúde mental caracterizada por sintomas emocionais negativos, sintomas cognitivos, físicos e comportamentais. Saber distinguir quais as mudanças de humor consideradas normais, com graus de alteração menos graves, mas clinicamente significativos de depressão poderá não ser fácil, uma vez que, nesta doença, os sintomas ocorrem num *continuum* de gravidade entre o normal, a tristeza que todos sentimos e o patológico (Sampaio et al., 2014). O termo “depressão” é, muitas vezes, utilizado de forma errada para descrever estados emocionais não patológicos. Os sentimentos de tristeza são habituais em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos e caracterizam um estado emocional normal, porém na depressão contrariamente ao que, acontece numa reação normal a uma adversidade, os sintomas mencionados não desaparecem de forma espontânea e o acentuado sofrimento compromete o funcionamento do indivíduo no seu dia-a-dia (Cordioli, 2010). É importante referir que para ser dado um diagnóstico de depressão, a sua identificação não se baseia apenas na sua severidade, mas também na persistência, na presença de outros sintomas e no grau de prejuízo funcional e social (Hofmann et al., 2010).

No atual estado do conhecimento, o diagnóstico de perturbação depressiva é realizado através da análise dos seus sinais e sintomas, da forma como estes se relacionam e evoluem no tempo e, por último, do impacto que têm no funcionamento psicossocial do indivíduo. Na síndrome depressiva típica correspondente ao episódio depressivo *major*, é possível identificar várias esferas: afetiva ou emocional, somática, cognitiva, motora e comportamental. Os sintomas afetivos/emocionais podem ser: desânimo, tristeza, irritabilidade, anedonia, apatia e perda de interesse. Os sintomas cognitivos são caracterizados pela presença de lentificação, perda de autoestima, desesperança, ideação suicida, ideação (delirante) de culpa e défice de atenção/concentração. Quanto aos sintomas somáticos, podem estar presentes, a insónia ou a hipersónia, alterações do apetite (anorexia/aumento), e peso (perda/aumento), também se verificam perturbações gastrointestinais e disfunção sexual. Por último, confirma-se a presença de sintomas

motores como as alterações psicomotoras (inibição/agitação) e comportamentais: tentativas de suicídio e isolamento social.

Tal como foi referido anteriormente, a tristeza patológica diferencia-se da tristeza normal provocada por uma situação desagradável ou de perda, pela sua duração, pela sua persistência e tenacidade, pelo seu carácter invasivo, atribuindo uma nuance negativa e pessimista ao passado, ao presente e ao futuro. É habitual distinguir entre tristeza anímica mais próxima da tristeza normal, provocada por acontecimentos negativos com agravamento vespertino e a tristeza vital, esta última, vivida na esfera corporal frequentemente localizada ao precórdio mais intensa de manhã. A primeira é característica das depressões reativas e neuróticas, a segunda da depressão endógena. Ainda que a tristeza seja considerada o sintoma afetivo fulcral da depressão, outros estados emocionais podem emergir. A ansiedade com as suas manifestações psíquicas e físicas é um sintoma comum e associada à tristeza patológica condiciona o prognóstico imediato. A preocupação excessiva e permanente e a sensação de perigo iminente podem levar a um estado de hipervigilância ansiosa ou agitada. A fácil irritabilidade acompanhada de pouca tolerância à frustração é frequente. Salienta-se que a expressão emocional pode encontrar-se comprometida ao nível da reatividade aos estímulos externos, associando-se frequentemente à presença da labilidade emocional, com crises de choro e nos casos mais graves, a indiferença ou anestesia afetiva com ausência de ressonância emocional.

O humor depressivo relaciona-se com a apatia, reduz o campo de interesses e perda da capacidade de experimentar prazer. A esfera cognitiva espelha a alteração de humor subjacente e o conteúdo do pensamento é frequentemente pobre e marcado por temas de tom negativo, acompanhando-se de autodesvalorização com diminuição da autoestima, insegurança, sentimentos de culpa, pessimismo e perda de esperança. Nas formas mais graves, estas ideias podem assumir proporções delirantes e o doente demonstra estar convencido de que está arruinado, incuravelmente doente ou que é culpado de atos imperdoáveis ou acontecimentos catastróficos. Na presença de uma visão excessivamente negativa do próprio, do futuro e do mundo, poderá emergir o desapego pela vida e, como consequência, ideias de morte. Estas podem apresentar um carácter passivo em que ocorrem pensamentos de que a vida não tem valor e que a sua morte seria benéfica para o próprio e para os mais próximos, mas sem que se pense passar ao ato, ou então, apresenta um carácter ativo em que existe um desejo de provocar a própria morte e que pode conduzir à elaboração de planos e, por fim, à sua execução. A maioria dos atos

suicidas resultam de um contexto depressivo, pelo que a correta avaliação e a abordagem desta questão é fundamental.

Do ponto de vista cognitivo, verifica-se não só uma lentificação do pensamento como também uma diminuição da capacidade de atenção, memória e concentração, nestes casos os doentes queixam-se de uma redução global do rendimento cognitivo. Quanto à componente somática, esta assume igualmente uma grande relevância nos estados depressivos, verificando-se alterações ao nível da energia, apetite, sono, peso, sexualidade e queixas físicas variadas.

No que se refere à vida instintiva, a insónia, que pode ocorrer em todas as suas vertentes, como a anorexia com perda de peso traduzem as alterações mais comuns, porém, num menor número de casos, verifica-se a presença de hipersónia e aumento do apetite acompanhado de ganho de peso, sendo esta última associação característica das designadas depressões atípicas. Além disso, verificam-se distúrbios do foro sexual com diminuição da libido. A presença de sintomas físicos sem uma base orgânica identificada está fortemente correlacionada com as perturbações afetivas: queixas diversas como fadiga, cefaleias, dores abdominais ou dores osteoarticulares são as mais referidas pelos doentes.

No plano motor, observa-se que a grande parte dos doentes desenvolve uma inibição do nível normal de atividade, podendo exibir para além da lentificação dos movimentos corporais, uma postura retraída, mímica facial pouco expressiva, e um discurso monocórdico com uma verificada acentuação dos tempos de pausa e aumento do tempo de latência de respostas. Em circunstâncias mais graves, poderá suceder uma ausência do discurso e/ou movimentos voluntários.

No seguimento do quadro clínico acima descrito, são demonstradas alterações na conduta destes doentes, nomeadamente inércia, dificuldade na tomada de decisões, alterações ao nível da aparência, higiene, tendência para o isolamento social e condutas autodestrutivas (Bastos, Ferreira & Guerra, 2014, p.53).

1.1 Dados estatísticos e prevalência

As perturbações mentais representam 12% da carga global de doenças em todo o mundo. Tendo em consideração apenas os países desenvolvidos, esta percentagem sobe para 23% e na Europa atinge os 26,6%. As perturbações depressivas ocupam o terceiro lugar na tabela de doenças mundialmente conhecidas e o primeiro nos países desenvolvidos. Prevê-se que a depressão chegue ao primeiro lugar em 2030 (Xavier et al., 2013)

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental (2013), a depressão é considerada um problema de saúde pública e uma das perturbações mais recorrentes apresentando elevados níveis de prevalência em muitos países desenvolvidos causando um enorme sofrimento a nível pessoal e social que pode provocar incapacidade temporária ou permanente. Como consequência do aumento da prevalência, deparamo-nos com os custos para o sistema de saúde. Para além das despesas no tratamento, estas perturbações relacionam-se de forma direta com a diminuição da produtividade (e.g., absentismo, desemprego e baixas por doença) e com os efeitos a nível económico resultantes desta situação.

Os dados publicados pela *World Health Organization* (WHO, 2017) revelam que mundialmente mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão, isto equivale a 4,4% da população mundial. Muito embora, a depressão possa afetar pessoas de todas as idades e extratos sociais, o risco de alguém padecer desta doença aumenta com a possibilidade de ficar desempregado, com acontecimentos de vida negativos, com o surgimento de doenças físicas ou problemas decorrentes do abuso de álcool ou substâncias ilícitas. A nível global a depressão apresenta uma taxa mais elevada de prevalência nas mulheres (5,1%) do que nos homens (3,6%). Importa referir que as taxas também variam de acordo com a idade, em que o pico é atingido na idade adulta mais avançada (acima dos 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens). A depressão também está presente em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, contudo a um nível mais baixo em comparação com os grupos etários mais velhos, manifestando alterações no comportamento, no sono, no apetite e dificuldades de concentração.

Os dados revelam que o número total estimado de pessoas que vivem com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015, isto reflete o crescimento geral da população global, assim como um aumento proporcional nos grupos etários em que a depressão tem mais prevalência.

Capítulo 2 - O evitamento cognitivo-comportamental, o autoestigma da depressão e a autocompaixão

2.1 Evitamento cognitivo-comportamental na depressão

Dada a natureza da depressão (Judd, 1997), é importante identificar um dos fatores de risco que promove a possibilidade de ocorrência de episódios futuros. Um fator de vulnerabilidade que tem atraído interesse nos últimos anos é o evitamento (Trew, 2011). As primeiras teorias comportamentais sugeriram um papel central para o evitamento na depressão, afirmando que os indivíduos depressivos apresentam comportamentos de evitamento e fuga (Ferster, 1973; Lewinsohn & Graf, 1973; Lewinsohn, 1974). As terapias comportamentais enfatizaram o papel do evitamento e da inatividade no desenvolvimento e manutenção da depressão (Lejuez, et al., 2001; Martell et al., 2001).

O modelo de depressão de Ferster (1973) mostra que o indivíduo deprimido manifesta frequentemente comportamentos de evitamento a estímulos adversos internos e externos. Este autor referiu que a utilização predominante de comportamentos servindo a uma função de evitamento ou fuga leva a um estreitamento do repertório comportamental do indivíduo deprimido e que esse repertório torna-se marcado pela passividade em oposição à iniciativa ou ação.

Os autores Ottenbreit, Dobson e Quigley (2014) revelaram que mulheres clinicamente deprimidas relataram maiores níveis de evitamento em comparação com mulheres que pertenciam ao grupo de controlo. Outro estudo revelou que pacientes com depressão crónica relataram um maior evitamento em comparação com o grupo de controlo (Brockmeyer et al., 2015). Além disso, estes pacientes revelaram um maior evitamento comportamental social, comportamental não-social e cognitivo não-social do que os pacientes com depressão episódica. Estes resultados indicam que a depressão está associada a elevados níveis de evitamento cognitivo - comportamental em domínios sociais e não sociais.

Um estudo de Ehring e colaboradores (2010) demonstrou que indivíduos deprimidos suprimem espontaneamente as suas emoções em resposta a um filme indutor de tristeza em maior número do que indivíduos do grupo de controlo. A supressão mostrou-se ineficaz na redução da experiência subjetiva de emoções negativas. O uso da supressão está associado a um pior funcionamento interpessoal e redução do bem-estar (Gross & John, 2003; Gross, 2002). Evitar conflitos interpessoais ou outros problemas da

vida também pode levar à catastrofização. Para evitar a análise completa de um problema, os indivíduos podem catastrofizar a situação e dizer a si mesmos que o problema não tem solução. Consequentemente, estes podem desenvolver uma excessiva autculpa em resposta aos problemas, o que fornece uma explicação simplista para os problemas e pode servir para evitar o processamento profundo e a resolução ativa dos mesmos.

O evitamento de situações pode agravar os problemas não resolvidos ou mesmo criar novos (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Ottenbreit & Dobson, 2008), assim, o evitamento pode contribuir para um ciclo vicioso, ou seja, perante futuras situações hostis, o evitamento será evocado e mantido como um reforço negativo (Manos, Kanter & Busch, 2010). Consequentemente, os estudos demonstram que o evitamento está significativamente relacionado aos sintomas depressivos e destacam a importância de distinguir o evitamento social de não social e comportamental de não comportamental (Molds et al., 2007; Ottenbreit & Dobson, 2004; Roethlin et al., 2010).

O autoestigma da depressão, é um fator que facilita o desenvolvimento e manutenção de comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental (Manos, Rusch, Kanter & Clifford, 2009).

2.2 Autoestigma da depressão

2.2.1 Perceções sociais sobre o autoestigma da depressão e o impacto na saúde e nos comportamentos

O estigma é um fenómeno multifacetado composto por dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais que incluem atitudes preconceituosas, estereótipos negativos e outras formas de exclusão social e discriminação entre grupos (Corrigan, 2000; Rössler, 2016).

Para Barney, Griffiths, Christensen e Jorm (2009) os indivíduos que sofrem de depressão são habitualmente sujeitos a uma infinidade de respostas negativas por parte de outras pessoas, incluindo mal-entendidos sobre a sua experiência de vida, minimização ou invalidação dos seus sintomas, marginalização social e económica e, até mesmo, a percepção de serem perigosos ou uma ameaça para a sociedade em geral. A manifestação destes tipos de atitudes estereotipadas direcionado a um determinado grupo designa-se por estigma social. Quando o doente associa a sua própria experiência de vida ao grupo visado, ou seja, quando internaliza atitudes sociais negativas, o resultado é designado de autoestigma (Corrigan, 2012), dito por outras palavras, o autoestigma acontece quando o

indivíduo interioriza crenças que estão associadas à doença mental e acredita que tem menos valor do que os outros, devido à sua condição.

O estigma surge do medo do desconhecido e das falsas crenças que conduzem a uma falta de entendimento do problema. Por esta razão, o Relatório sobre a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), assim como outros documentos de referência neste domínio referem a necessidade de que sejam realizados estudos que avaliem as representações, crenças e atitudes relativamente às doenças e aos doentes com perturbações mentais, uma vez que as ideias distorcidas acerca das patologias do foro mental e psiquiátrico ainda estão bem presentes.

As doenças mentais são percebidas pelos doentes como um sinal de fraqueza e a resposta adaptativa passa pela vergonha e pelo segredo. Os resultados de um estudo realizado em 156 países comprova isso mesmo. Verificou-se que metade dos cônjuges de doentes sujeitos a um primeiro internamento numa instituição psiquiátrica esforçam-se por esconder a doença e o internamento dos seus parceiros (Phelan et al., 2000). A omissão deste facto atua como um obstáculo para o tratamento em todas as fases.

Em geral, os estudos indicam que a sociedade ainda acredita que indivíduos depressivos aparentam ser pessoas difíceis de manter uma conversa, podendo ser imprevisíveis (Crisp et al., 2000; Mckeon & Carrick, 1991) considerando o tratamento médico para a depressão desnecessário (Lauber et al., 2001). Os receios relativamente ao estigma também foram referidos pelos doentes quando se trata de revelar esta doença a fontes informais, como a família, amigos e colegas de trabalho (McNair et al., 2002; Dinos et al., 2004; Williams & Healy, 2001; Van Voorhees et al., 2005; Van Hook, 1996).

De acordo com os autores Kanter, Rusch e Brondino (2008), os doentes que apresentam um quadro clínico de depressão encontram-se num ciclo vicioso. Para além de sofrerem dos sintomas que são próprios da doença, estes internalizam atitudes sociais negativas e consequentemente exibem comportamentos inibitórios, isolam-se socialmente, tendo como consequência o aumento e agravamento da sintomatologia. Os doentes afirmam: “Apenas pessoas fracas ficam deprimidas. Se estou deprimido, sou fraco” (Halter, 2004, p. 178).

O autoestigma manifesta-se pela diminuição da autoestima e aumento da depressão. Os pacientes sentem-se envergonhados e constrangidos por terem uma doença mental. Quando um paciente se rotula a si próprio como uma pessoa que precisa de tratamento, isto pode ter como consequência uma diminuição da autoestima, que constitui o autoestigma na procura de ajuda (Tucker et al., 2013).

É evidente que o estigma da depressão é um problema. No entanto, existem poucas pesquisas. Torna-se necessário realizar mais estudos neste domínio. Se o objetivo for intervir precocemente e tratar esta patologia, é preciso abordar o estigma da depressão. Para que se implementem estratégias de intervenção eficazes é importante que se entenda a natureza das crenças do próprio indivíduo e de quem o rodeia.

2.3 O autoestigma da depressão na relação entre a severidade da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental

Revela-se importante conhecer o estudo dos autores Manos et al., (2009) quando estamos perante a problemática do autoestigma da depressão, da sintomatologia depressiva e do evitamento cognitivo-comportamental. Este estudo avaliou de que forma as atitudes autoestigmatizantes medeiam a relação entre a gravidade da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental. Os resultados deste estudo numa amostra de membros de uma comunidade com sintomatologia depressiva mostraram que o autoestigma, o estigma do tratamento e as experiências estigmatizantes mediaram parcialmente a relação entre a gravidade da depressão e o evitamento comportamental (social e não social). Estes resultados apoiam um modelo no qual um indivíduo que experimenta sintomas depressivos leva ao aumento de atitudes estigmatizantes sobre a depressão e sofre as consequências negativas como resultado da revelação do seu estado depressivo, que por sua vez, conduz ao evitamento comportamental. Por exemplo, o evitamento comportamental-social, como não ir a um evento social, pode resultar do esforço do doente para ocultar a experiência depressiva de outras pessoas e evitar as repercussões sociais do estigma. Infelizmente, o aumento do evitamento, como evitar pensamentos e sentimentos dolorosos pode exacerbar ou prolongar os episódios depressivos (Joiner & Coyne, 1999; Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 1994).

2.4 Autocompaixão

2.4.1 A autocompaixão como um fator protetor contra o autoestigma da depressão e sintomatologia depressiva

A autora Neff (2003a) define a autocompaixão como uma atitude calorosa e de aceitação perante os aspetos negativos do *self* ou da vida. A autocompaixão influencia a saúde psicológica, sendo um mecanismo de regulação emocional que, ao atenuar as reações negativas a acontecimentos adversos, tem um efeito auto protetor do desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Neste sentido, indivíduos mais compassivos são menos autocríticos, tendo uma atitude mais tolerante e compreensiva em relação ao eu, um importante preditor em patologias como a depressão.

A autocompaixão é composta por três componentes básicas: (a) autobondade, que se entende como a capacidade para ser amável e compreensivo para consigo mesmo, em vez de ser crítico e punitivo, (b) a humanidade comum, que se entende as experiências de um indivíduo como parte de uma experiência humana maior e (c) *mindfulness*, que se define como a capacidade de ter uma consciência equilibrada e aceitar os sentimentos dolorosos, sem que haja uma desmesurada sobre identificação com os mesmos. Ter uma atitude autocompassiva prevê desejar bem-estar ao “eu”, encorajá-lo a mudar de forma calorosa e retificar padrões de comportamento que se caracterizam por ser disfuncionais e dolorosos.

Um indivíduo autocompassivo apresenta um estado mental equilibrado, numa perspetiva de abertura face ao “eu”, sendo recetivo e não avaliativo, deixando evoluir os sentimentos e pensamentos tais como eles surgem na consciência sem tentar alterá-los, ou evitá-los (Castilho & Gouveia, 2011).

A autocompaixão é uma estratégia de regulação emocional útil em que os pensamentos e sentimentos negativos não são evitados pelo indivíduo, mas encarados de forma consciente. As emoções negativas são modificadas para estados emocionais positivos, possibilitando uma apreensão lúcida do contexto, permitindo a adoção de condutas para com o “eu” ou com o meio que sejam mais adequadas e eficazes (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000; Neff, 2003b).

Quando o indivíduo demonstra ser autocompassivo perante experiências de fracasso, consegue ter uma atitude compreensiva e tolerante, aceitando que ser imperfeito e que errar faz parte da condição humana. Ao tomar consciência desta realidade, este coloca a experiência humana numa perspetiva mental mais equilibrada.

Segundo os autores, Neff, Kirkpatrick e Rude (2007a) os indivíduos que apresentam elevados níveis de autocompaixão geram emoções positivas como a serenidade, calma e satisfação que contribuem para maiores taxas de bem-estar psicológico e satisfação com a vida (Neff et al., 2007b). Os investigadores defendem a autocompaixão como um fator protetor contra a depressão (MacBeth & Gumley, 2012), uma vez que esta não só tem a capacidade de reduzir a sintomatologia depressiva, como também é capaz de neutralizar os efeitos de eventos negativos de forma a minimizar o risco de depressão (Gilbert, 2006; Neff, 2011). Os investigadores destacaram a gentileza e o perdão, como agentes inibidores que reduzem o aparecimento de sintomas depressivos. O suporte empírico para os seus efeitos protetores é demonstrado numa diversidade de trabalhos publicados. Uma autocompaixão mais elevada prevê menos relatos de tristeza e constrangimento diante de eventos negativos (Leary et al., 2007).

Sublinha-se a importância da autocompaixão também como um fator protetor contra o estigma, uma vez que promove a melhoria dos sintomas provocados pelo mesmo. Os estudos mostram a existência de vários tipos de estigma e são identificadas quais as consequências para a saúde mental. Um desses exemplos é o estigma do peso. Os estudos reportaram que níveis mais elevados de autocompaixão estão associados a um melhor bem-estar psicológico e físico, incluindo níveis mais baixos de depressão e ansiedade (Kirby et al., 2017; Zessin et al., 2015).

Um outro exemplo, é o estigma no VIH. Os autores Brion, Leary e Drabkin (2014) verificaram que a autocompaixão está associada a um melhor ajustamento à doença, estando relacionada com a forma como os doentes lidam com a patologia em termos das suas reações emocionais, comportamentos relacionados com a saúde e nas relações sociais. Estes autores mencionaram ainda que os indivíduos seropositivos com autocompaixão mais elevada reportaram melhor ajustamento psicológico e adotaram comportamentos mais adaptativos, nomeadamente menor experienciação de afeto negativo, menos sentimentos de vergonha e preocupação quando os outros descobrem que estão doentes, assim como, menos sentimentos de culpa de que são responsáveis por serem seropositivos, merecerem ter contraído o vírus ou o facto de estarem doentes ser uma punição.

Tal como foi demonstrado, salienta-se que após uma revisão da literatura foram encontrados os efeitos da autocompaixão no estigma do peso e no VIH, porém, não existem dados que mencionem o impacto da autocompaixão no estigma da depressão.

Todavia, este constructo pode ser um fator protetor contra o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva.

Existe uma diferença nas atitudes de um indivíduo que sofre de depressão e internaliza o estigma de que é alvo e um outro indivíduo que também sofre de depressão, mas que, consegue aceitar a sua doença e transformar as emoções negativas em emoções positivas.

O indivíduo não consegue “sair” da espiral depressiva em que se encontra, não consegue erguer-se e “afastar” do seu pensamento os preconceitos de que é alvo, sente-se culpado, incapaz, e tem vergonha de si, encontrando-se numa situação de grande vulnerabilidade por ser vítima do estigma que provém de uma sociedade que desvaloriza e discrimina quem sofre de depressão. Este autoculpabiliza-se pela sua doença, percecionando-se como sendo alguém fraco, criticando os seus comportamentos, gradualmente, irá desenvolver mais sintomas depressivos, observando-se o agravamento e manutenção da patologia. A autocompaixão pode, efetivamente, diminuir o autoestigma da depressão. Um indivíduo autocompassivo está ciente de que sofre de depressão, mas mais do que estar ciente da sua doença, este aceita-a. Caso contrário, poderá desperdiçar energia a dizer a si mesmo que é mau ou fraco, ou que será verdadeiramente inútil. É este o efeito da autocompaixão. O indivíduo que pratica a autocompaixão, não sente qualquer tipo de culpa, por sentir-se deprimido, mesmo que os outros o desvalorizem ou o critiquem. Este não se desvaloriza, não se vê como alguém que é “fraco” por se encontrar doente, não tem medo, não receia que os seus amigos, colegas e familiares venham a descobrir que sofre de depressão, simplesmente é bondoso consigo mesmo e aceita as suas fragilidades.

Neste sentido, podemos pensar que um indivíduo autocompassivo tem menor probabilidade de sofrer de autoestigma de depressão.

Capítulo 3 - Objetivo do estudo

3.1 Objetivo principal

Tendo em consideração a revisão da literatura foi formulada uma síntese dos aspetos principais deste estudo. Verificou-se que: 1) o evitamento cognitivo-comportamental é um fator de manutenção da depressão (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001; Martell, Addis, & Jacobson, 2001); 2) o autoestigma da depressão está positivamente relacionado ao evitamento cognitivo-comportamental (Manos et al., 2009); 3) a autocompaixão está associada a uma diminuição de sintomatologia depressiva (e.g., Gilbert, 2006; Neff, 2011); 4) foi demonstrado que a autocompaixão está relacionada a níveis mais baixos de autoestigma no VIH (e.g., Kirby, Tellenger & Steindl, 2017; Zessin, Dickhauser & Garbade, 2015) e no Peso (e.g., Brion, Leary & Drabkin, 2014).

Salienta-se que não foi explorada a relação entre a autocompaixão e o autoestigma da depressão, como também, não foram encontrados estudos que mostrem a relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental. Por esse motivo, surgiu a necessidade de realizar este estudo para perceber qual a relação entre estas variáveis. O objetivo principal foi averiguar qual a relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental em adultos com sintomatologia depressiva. Coloca-se a hipótese de que a autocompaixão pode atenuar/aliviar os efeitos do autoestigma da depressão, reduzir os comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental e a sintomatologia depressiva.

Uma vez que não existia instrumentos validados para a população portuguesa, foi realizada a validação das escalas: *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)* e *Self-Stigma of Depression Scale (SSDS)*. Após a validação destas duas escalas é apresentado o estudo principal deste trabalho.

Parte II- Estudos empíricos

Capítulo 4- Validação da *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)*

(Ottenbreit & Dobson, 2004)

4.1 Validação da *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)* para a população portuguesa

4.1.2 Descrição do instrumento

A *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)* é uma medida multidimensional desenvolvida por Ottenbreit e Dobson (2004) constituída por 31 itens que medem as diferentes estratégias de evitamento para lidar com os problemas. Os itens são respondidos através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos em que 1 significa “Não é verdade para mim” e 5 “Extremamente verdade para mim”. Esta escala é composta por 4 subescalas, designadamente: (a) Comportamental social (8 itens) (e.g., *Eu não vou a eventos quando sei que haverá muitas pessoas que eu não conheço*); (b) Cognitivo não-social (10 itens) (e.g., *Eu evito tomar decisões sobre o meu futuro*); (c) Cognitivo social (7 itens) (e.g., *Eu tento não pensar acerca dos problemas nos meus relacionamentos pessoais*) e (d) Comportamental não-social (6 itens) (e.g., *Eu desisti de atividades que me desafiavam demais*). Pontuações elevadas significam maior evitamento.

Verificou-se que as correlações fator / subescala e correlações com a escala total, coeficiente (alfa de *cronbach*) e correlações totais do item foram analisadas para avaliar a consistência interna da escala (Ottenbreit & Dobson, 2004). Correlações altas, variando de 0.78 a 0.80, foram encontradas entre os escores das subescalas e o escore total da escala. Os coeficientes para as subescalas foram todos adequados (0.86, 0.80, 0.78 e 0.75 para os fatores 1–4, respetivamente). O coeficiente para a escala total foi de 0.91. As correlações do total de itens para os itens e suas respetivas subescalas e com a escala total encontram-se na faixa de 0.40–0.60. Com exceção de um item, todos os itens apresentaram correlações totais de itens, tanto na subescala como na escala total, superiores a 0.30. Estes resultados sugerem que o CBAS possui uma boa consistência interna. A confiabilidade de teste - reteste (três semanas) foram analisadas para determinar se os escores do CBAS mostraram estabilidade ao longo do tempo (Ottenbreit & Dobson, 2004). O coeficiente de confiabilidade teste-reteste para a escala total foi de 0.92 Os coeficientes de confiabilidade para as subescalas Cognitivo Não-Social,

Comportamental não-social, Comportamental social e Cognitivo social foram 0.94, 0.88, 0.86 e 0.58, respetivamente, refletindo uma elevada estabilidade em todas, exceto na subescala Cognitivo social onde se verificou uma estabilidade moderada. Estes resultados fornecem suporte para a conceptualização do traço do constructo de evitamento adotado pelo CBAS.

4.2 Estudo 1.

4.2.1 Metodologia

4.2.2 Participantes

Para este estudo voluntariaram-se 500 participantes ($M_{Idade} = 25.98$; $DP_{Idade} = 11.03$) tendo estes respondido a um questionário *online* ($N = 372$) e em versão papel ($N = 128$), (Anexo A). A amostra inicial era constituída por 376 indivíduos do género feminino e 124 indivíduos do género masculino. Quanto à nacionalidade, 435 participantes eram portuguesas (86.82%), 60 de nacionalidade brasileira (11.97%), 4 de outra nacionalidade e 1 participante não respondeu. Reporta-se que 461 participantes vivem em Portugal (92.01%), 38 noutra país (7.58%) e um participante não respondeu.

Relativamente ao estado civil, 409 participantes eram solteiros (57.68%), 45 eram casados (8.98%), 36 viviam em união de facto (7.18%), 9 eram divorciados (1.79%) e 1 participante era viúvo (0.19%). No que diz respeito às habilitações literárias, 296 participantes completaram o ensino secundário (59.08%), 149 eram licenciados (29,74%) 39 completaram o mestrado (7.78%), 10 participantes completaram o ensino básico (1.99%) e 6 o doutoramento (1,19%).

Quanto à profissão/ocupação 383 participantes são estudantes e os restantes eram trabalhadores na área da saúde ($n = 23$), trabalhadores na área da educação ($n = 10$), pessoal administrativo ($n = 10$), pessoal de vendas ($n = 8$), empresários ($n = 7$), aposentado ($n = 6$), investigadores científicos ($n = 4$), gestores ($n = 4$), trabalhadores-estudantes ($n = 3$), desempregados ($n = 3$), funcionários da indústria alimentar ($n = 2$), domésticas ($n = 2$), outras profissões diversas ($n = 18$) e 10 não referiram qual o tipo de trabalho.

Após análises preliminares, a amostra final é composta por 493 participantes, entre os quais 372 mulheres ($M_{Idade} = 25.71$; $DP_{Idade} = 10.63$) e 121 homens ($M_{Idade} = 26.98$; $DP_{Idade} = 12.28$).

4.2.3 Instrumentos

4.2.3.1 Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (EECC) - Versão portuguesa

A versão original em inglês da *Cognitive Behavioral-Avoidance Scale (CBAS)* foi adaptada para a língua portuguesa (Anexo B). Primeiro, a escala foi traduzida para português por dois especialistas portugueses independentes em Psicologia. Um professor de português com fluência em português e inglês avaliou ambas as traduções. Pequenas diferenças foram observadas e resolvidas. Finalmente, um psicólogo e um português nativo foram convidados a avaliar o estilo, as frases e o conteúdo da tradução final, não tendo sido relatado nenhum problema. Foi pedido a 10 participantes para responder aos 31 itens traduzidos para português numa escala de 5 pontos variando de “1 = Nada verdadeiro para mim” a “5 = Extremamente verdadeiro para mim” e indicar qualquer problema ao nível da compreensão e formulação. Nenhum problema foi relatado.

4.2.3.2 Medidas para testar a validade convergente e divergente

4.2.3.2.1 Medidas para avaliar a sintomatologia depressiva

Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (QSP-9) (PHQ-9; Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

Este instrumento foi desenvolvido originalmente por Kroenke, Spitzer e Williams em 2001. É um questionário de autorrelato composto por 9 itens que tem como objetivo avaliar perturbações depressivas nos cuidados primários e noutros ambientes médicos. Esta medida avalia os sintomas de depressão e a gravidade dos mesmos. Os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos em que “0” significa “Nunca” e “3” significa “Em quase todos os dias”. Este questionário é também caracterizado por ter uma alta confiabilidade e validade (Manea, Gilbody & McMillan, 2012). A pontuação total varia de 0 a 27. Os valores mais elevados estão relacionados a uma maior gravidade da depressão. Também inclui um item final onde é pedido aos pacientes (se sentiram incomodados por algum dos problemas referidos nos 9 itens) que respondam à questão: “Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”. Este último item é respondido numa escala que apresenta as seguintes opções de resposta: “Não dificultaram”, “Dificultaram um

pouco”, “Dificultaram muito” e “Dificultaram extremamente”. Os resultados sobre a gravidade são classificados da seguinte forma: de 0 a 5 considera-se ausência de sintomas; de 6 a 9, sintomatologia leve; de 10 a 14, sintomatologia moderada; de 15 a 19, sintomatologia moderada a severa, e mais que 20, sintomatologia severa.

Nova Escala Multidimensional da Depressão (NEMD) (NMDAS; New Multidimensional Depression Assessment Scale; Cheung & Power, 2012; versão portuguesa de Pereira da Silva, 2012).

Esta escala é composta por 52 itens, correspondendo a cada um deles sintomas ou formas de sentir que o sujeito poderá identificar-se, nomeadamente, nas últimas duas semanas. A NEMD mede quatro tipos de sintomas de depressão, nomeadamente, emocionais, como por exemplo: (“tristeza”; humor irritável”; “ansiedade”, entre outros), cognitivos (“falta de concentração”; “ruminações”, entre outros), somáticos (“fadiga”; “problemas intestinais”, entre outros) e sintomas interpessoais (“isolamento social”; “evitamento social”, entre outros). A versão em português (Pereira da Silva, 2012) foi administrada. Os participantes responderam numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 “Nunca” a 5 “Sempre”. A pontuação total varia de 52 a 260.

4.2.3.3 Medidas de evitamento e inflexibilidade psicológica e flexibilidade mental

Questionário de Aceitação e Ação - II (QAA-II) (AAQ-II; Acceptance and Action Questionnaire – II; Bonde et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis & Xavier, 2012).

O QAA-II mede o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica. É um questionário de autorrelato com um único fator, sendo composto por 7 itens. Os participantes responderam a cada item através de uma escala de *Likert* de 7 pontos variando de 1 “Nunca verdadeiro” a 7 “Sempre verdadeiro”. A versão em português (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis & Xavier, 2012) foi administrada. Pontuações mais altas indicam maior inflexibilidade psicológica ou evitamento experiencial.

Escala de Consciência e Atenção Plena (ECAC) (MAAS; Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2013).

Esta é uma escala de autoavaliação com um único fator composta por 15 itens que avalia as características centrais de disposição para o *Mindfulness*, nomeadamente, abertura e consciência recetiva, bem como a atenção para o que está a acontecer no presente. Os participantes responderam a cada item através de uma escala do tipo *Likert* de 6 pontos variando de 1 “Quase sempre” a 6 “Quase nunca”. A versão em português (Gregório & Pinto-Gouveia, 2013) foi administrada. Pontuações mais elevadas indicam uma maior atenção plena.

4.3 Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário em versão papel e em versão *online*, através do preenchimento de um formulário (*Google Forms*). Antes de responder, os participantes foram informados sobre o carácter voluntário do estudo, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a possibilidade de interromper o preenchimento a qualquer momento caso se sentissem desconfortáveis com o que estava a ser solicitado.

4.4 Resultados

4.4.1 Análise fatorial confirmatória (AFC)

Foram analisados os valores ausentes, revelando que dois itens (EECC 5, EECC 25) tinham 1 valor ausente cada. O teste de Little’s MCAR mostra que estes eram valores ausentes aleatoriamente (teste de Little’s MCAR: Chi-Square = 15.393, $DF = 60$, $Sig. = 1,000a$), e foram substituídos utilizando o método de maximização da expectativa (ME). A análise de *outliers* e *outliers* multivariados foi realizada através do gráfico box-plot, a regra de identificação de um *outlier* (Hoaglin & Iglewicz, 1987) e a distância de Mahalanobis. Sete participantes foram identificados como *outliers* e foram retirados da amostra. A amostra final é composta por 493 participantes.

A Tabela 4.1 mostra as estatísticas descritivas para os itens individuais, embora o teste de Kolmogorov-Smirnov sugira que a amostra não tem uma distribuição normal, os

valores de assimetria e curtose estão todos abaixo do limite recomendado por Curran, West e Finch (1996; ou seja, 2 e 7 respectivamente).

Tabela 4.1

Estatísticas Descritivas e Cargas Fatoriais para a EECC e Respetivos Itens

Item	Amplitude	Média	DP	Assimetria	Curtose	Carga	Factor
EECC 1	4	2.10	1.09	0.67	-0,38	.64	CS
EECC 2	4	2.06	1.17	0.87	-0.22	.65	CoNS
EECC 3	4	2.63	1.22	0.22	-1.01	.48	CNS
EECC 4	4	2.14	1.17	0.85	-0.15	.62	CoNS
EECC 5	4	1.80	1.14	1.32	0.72	.52	CoNS
EECC 6	4	2.44	1.29	0.49	-0.91	.68	CNS
EECC 7	4	1.83	1.03	1.22	0.87	.43	CoNS
EECC 8	4	1.87	1.16	1.20	0.41	.64	CS
EECC 9	4	1.88	1.12	1.17	.42	.73	CNS
EECC 10	4	2.11	1.20	0.73	-0.61	.52	CoS
EECC 11	4	2.40	1.28	0.60	-0.75	.72	CNS
EECC 12	4	2.45	1.32	0.42	-1.08	.73	CNS
EECC 13	4	2.24	1.23	0.64	-0.73	.76	CNS
EECC 14	4	2.50	1.36	0.41	-1.12	.71	CS
EECC 15	4	2.21	1.29	0.81	-0.47	.70	CS
EECC 16	4	1.86	1.07	1.14	0.49	.65	CoS
EECC 17	4	2.18	1.26	0.71	-0.72	.74	CS
EECC 18	4	1.64	0.91	1.40	1.16	.58	CoNS
EECC 19	4	1.77	1.11	1.35	0.84	.64	CoNS
EECC 20	4	2.13	1.20	0.85	-0.27	.72	CoS
EECC 21	4	2.24	1.22	0.78	-0.35	.76	CS
EECC 22	4	1.69	0.91	1.31	1.26	.57	CoS
EECC 23	4	1.75	1.10	1.46	1.24	.60	CS
EECC 24	4	1.98	1.12	0.94	-0.06	.68	CS
EECC 25	4	1.77	1.05	1.29	0.83	.78	CoNS
EECC 26	4	1.51	0.87	1.84	2.96	.63	CoS
EECC 27	4	1.74	1.03	1.50	1.66	.78	CoS
EECC 28	4	2.32	1.28	0.64	-0.70	.56	CoS
EECC 29	4	2.39	1.24	0.50	-0.86	.57	CoNS
EECC 30	4	1.74	1.06	1.39	1.09	.52	CoNS
EECC 31	4	1.95	1.15	1.02	0.05	.72	CoNS

Nota. N = 493. EECC = Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental; CS = Comportamental social; CNS = Comportamental não-social; CoS = Cognitivo social; CoNS = Cognitivo não-social.

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) para avaliar as propriedades da Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental e avaliar a sua estrutura fatorial. A AFC é uma forma de modelagem de equações estruturais que permite analisar as relações entre os indicadores observados e as variáveis latentes, propostas por um modelo previamente desenvolvido com base numa análise fatorial exploratória ou em fundamentos teóricos (Brown, 2006). Como tal, é uma excelente ferramenta estatística para validar a adaptação de uma escala psicológica já testada a outra população ou contexto sociocultural (Byrne, 2010). A análise estatística foi realizada através do pacote de *software* AMOS (versão 26).

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória para testar a estrutura fatorial da escala original, com 4 fatores (ou subescalas). O modelo foi estimado pelo método de Máxima Verossimilhança. Para o propósito deste estudo, foram utilizados os seguintes índices de ajustamento: o Qui-Quadrado/graus de liberdade (χ^2/df), a Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), o *Comparative Fix Index* (CFI) e o Non-normed Fit Index (NNFI).

Os resultados da AFC para o modelo com base na estrutura original de 4 fatores (Modelo1; Tabela 4.4) mostraram valores aceitáveis de CFI e NNFI (0.923 e 0.916, respetivamente) e valores de bom ajustamento para $\chi^2 / df (<5)$, SRMR (<0,5) e RMSEA (<0,05). As cargas dos itens nos respetivos fatores são apresentadas na Tabela 4.1. Todos os itens, exceto EECC 3 (.48) e EECC 7 (.43) apresentam cargas acima de 0.50 (Brown, 2006; Kline, 2011).

A análise dos índices de modificação e covariâncias residuais padronizadas revela que o item EECC 16 pode ser problemático. Uma análise mais aprofundada da formulação gramatical do item sugere que a interpretação do mesmo pode ser ambígua. Com base nisso, foi realizada uma nova análise sem o item 16 (Modelo 1A) que resultou num ligeiro aumento no ajustamento do modelo (Tabela 4.4).

A Tabela 4.2 apresenta as estatísticas descritivas para a escala total e as quatro subescalas: Comportamental social (CS), Comportamental não-social (CNS), Cognitivo-social (CoS) e Cognitivo não-social (CoNS). Os valores de alfa de *Cronbach* variam entre 0.94 (escala total) e 0.81. As correlações entre as subescalas variam de 0.58 a 0.75. As correlações entre as subescalas e a escala total variam de 0.81 a 0.87. Estes valores estão de acordo com os valores relatados no estudo original e nas adaptações anteriores como pode ser observado na Tabela 4.3.

Tabela 4.2*Correlações entre a escala total e as subescalas*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Cronbach α	EECC	CS	CNS	CoS	CoNS
EECC	2.04	0.69	.94	-				
CS	2.10	0.88	.87	.85**	-			
CNS	2.32	0.89	.81	.87**	.69**	-		
CoS	1.93	0.75	.81	.81**	.61**	.58**	-	
CoNS	1.98	0.72	.87	.87**	.58**	.75**	.62**	-

Nota. ** = $p < .01$. EECC = Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental; CS = Comportamental social; CNS = Comportamental não-social; CoS = Cognitivo social; CoNS = Cognitivo não-social.

Tabela 4.3*Correlações e Alfa de Cronbach para a escala original e adaptações anteriores*

	Ottenbreit & Dobson (2004)	Hernández-Guzmán et al (2009)	Röthlin et al (2010)	Barajas, Garra & Ros (2017)
N	391	340	657	254
Correlações entre subescalas	.39 to 0.57	.50 to .58	.51 to .63	.29 to .74.
Correlações entre subescalas e escala total	.78 to .80	.79 to .83	.80 to .87	.59 to .86.
Cronbach α :				
Escala total	.91	.89	.92	.95
Fatores	.75 to .86	.63 to .87	.70 to .87	.74 to .93

Nota. N para Röthlin et al (2010) = 187 pacientes externos, 376 controlo, 94 estudantes; N para Barajas, Garra & Ros (2017) = 100 clínicos, 100 controlo, 54 estudantes. Esta tabela não representa uma lista exaustiva de estudos anteriores.

Tabela 4.4

Índices de ajustamento para os modelos analisados no Estudo 1.

Modelo	χ^2 (df)	χ^2 /df	SRMR	CFI	NNF I	RMSE A	IC 90%	PCLOSE
1	920.491 (428)	2.151	,0446	,923	,916	.048	(.044- .053)	.730
1 A	840.626 (399)	2.107	,0427	.928	.921	.047	(.043- .052)	.825
2	754.834 (346)	2.177	,0454	.923	.916	.049	(.044- .053)	.652

Nota. Modelo 1 = Estrutura original de 4 fatores de Ottenbreit e Dobson, 2004; Modelo 1A = Modelo sem o item EECC 16; Modelo 2 = modelo hierárquico de segunda ordem.

Figura 4.1. a) Modelo 1A - Quatro fatores originais menos o item 16

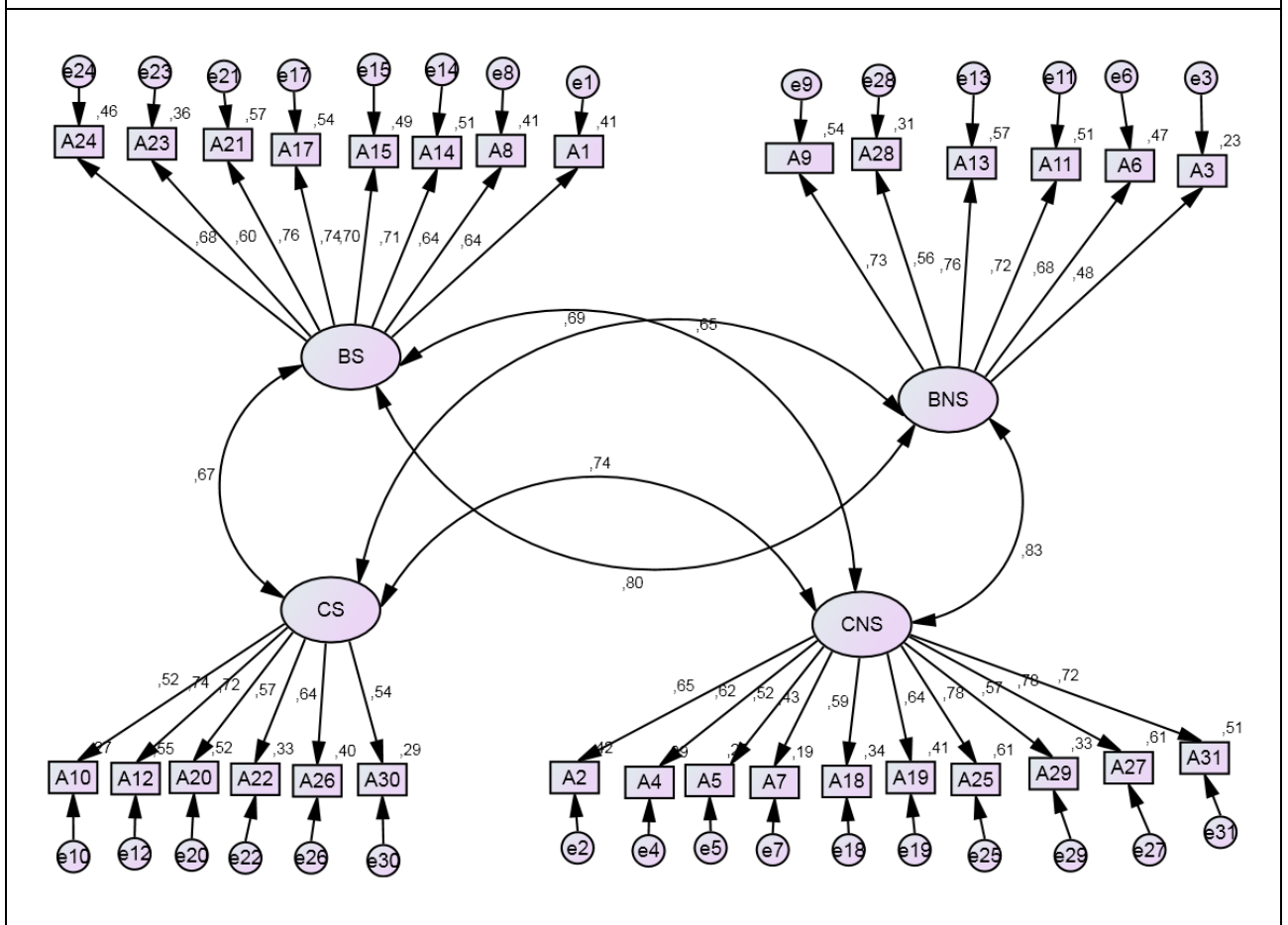
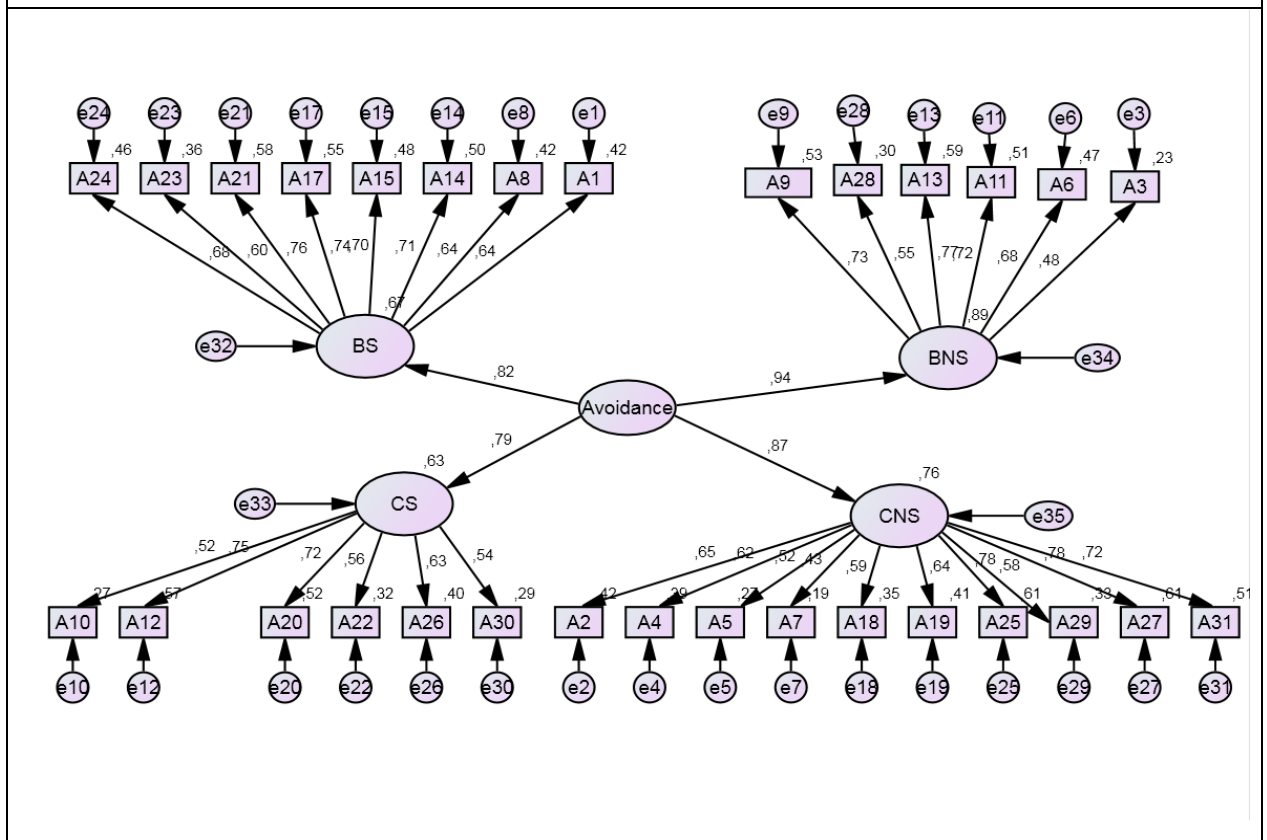


Figura 4.2. b) Modelo 2 - Modelo hierárquico



Apesar da nova especificação do modelo, existem correlações altas entre os quatro fatores. Isso é particularmente evidente entre a subescala Comportamental social e Comportamental não-social e entre a subescala Comportamental não-social e Cognição não-social. A existência de altas correlações entre os fatores sugere a existência de um fator de ordem superior (Bollen, 1989; Gerbing & Anderson, 1984; Marôco, 2010). A ideia de um fator de ordem superior é consistente com a estrutura teórica, subjacente ao conceito de evitamento. Numa revisão da literatura, Ottenbreit e Dobson (2004) apontam que os estudos indicam que várias dimensões podem estar subjacentes ao constructo de evitamento, nomeadamente, cognitiva *versus* comportamental, ativa *versus* passiva e social *versus* não social, daí a sua proposta de um modelo com quatro fatores. Como tal, um modelo hierárquico (Modelo 2), considerando CS, CNS, CoS e CoNS como fatores de 1ª ordem, e o evitamento como um fator geral de 2ª ordem foi construído e testado (ver Figura 4.2). O modelo hierárquico apresenta bons índices de ajustamento.

Muito embora, o Modelo 2 não resulte num modelo de ajustamento estatisticamente melhor do que o modelo 1A, do ponto de vista teórico, pode-se afirmar que este fornece uma melhor explicação dos dados (Byrne, 2010). Enquanto o modelo 1A deixa o significado das correlações entre os fatores sem análise, o Modelo 2 oferece

uma explicação teórica sólida para estas correlações. A representação gráfica do modelo final é apresentada na Figura 4.2.

Outras combinações fatoriais foram testadas em estudos anteriores (Tabela 4.5). Por exemplo, Röthlin et al (2010) testaram uma solução de um fator e duas soluções de dois fatores (evitamento social e não social; evitamento cognitivo e comportamental). Nenhum produziu melhores resultados de ajustamento do que a solução dos quatro fatores. Embora, a estrutura de dois fatores de evitamento social - não social e a estrutura de dois fatores de evitamento cognitivo - comportamental sejam teoricamente sustentáveis, uma análise preliminar da AFC com a amostra atual mostrou um ajustamento pobre, como no estudo de Röthlin et al (2010). O modelo de dois fatores de evitamento social - não social mostrou valores de ajuste de CFI e TLI de 0.85 e 0.84, respetivamente. Os mesmos valores de ajuste, .85 (CFI) e .84 (NNFI) foram encontrados para o modelo de dois fatores de evitamento cognitivo-comportamental. Um modelo de um fator também foi testado, mostrando valores de ajustamento de CFI e TLI de 0.80 e 0,78, respetivamente.

No geral, os resultados da AFC para a EECC são congruentes com os estudos anteriores, confirmando a estrutura de quatro fatores.

Tabela 4.5

Índices de adequação para adaptações anteriores da EECC

	Hernández-Guzmán et al (2009)	Röthlin et al (2010)	Barajas et al (2017)
χ^2 (df)	660.82 (428)	1271.4 (428)	603.28 (333)
χ^2 /df	1.31		1.81
SRMR		.05	.05
CFI	.92		.92
TLI			
RMSEA	.04	.05	.05
IC 90%		.05 - .05	

Nota. Barajas et al. (2017) excluiu 3 itens do seu modelo final (Itens: 3,10 e 22).

4.4.2 Validade convergente e divergente

4.4.2.1 Análises preliminares

Os dados foram analisados para valores ausentes nos instrumentos: QSP-9, NEMD, QAA-II, ECAC, tendo sido encontrados 5 valores ausentes. O teste MCAR de Little mostra que estes não eram valores ausentes de forma completamente aleatória (teste MCAR de Little: Qui-quadrado = 37,16 $DF = 12$, $Sig. = 0.000$). Este padrão é frequente ao estudar a depressão (Acock, 2012) e como havia apenas 5 valores ausentes, os dados foram excluídos e as análises foram realizadas ($N = 488$).

4.4.3 Diferenças de género

Um teste MANOVA foi realizado para analisar as diferenças baseadas no género nos instrumentos: EECC, QSP-9, NEMD, QAA-II e ECAP. O resultado multivariado foi significativo para o género, Traço de Pillai = 0.11, $F = 4.92$, $df = (12.00)$, $p < 0.001$, indicando que os participantes do sexo feminino pontuaram significativamente mais alto no NEMD total ($M_{feminino} = 2.15$; $DP = .54$ vs. $M_{masculino} = 2.03$; $DP = 0.48$, $p = 0.032$), na componente emocional ($M_{feminino} = 2.43$; $DP = 0.58$ vs. $M_{masculino} = 2.25$; $DP = 0.52$, $p = 0.003$) e na componente somática ($M_{feminino} = 2.15$; $DP = 0.64$ vs. $M_{masculino} = 1.86$; $DP = 0.44$, $p < .001$). Nenhuma outra diferença foi observada.

4.4.4 Análises correlacionais

Como esperado, os resultados mostraram que a Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (EECC) e as suas subescalas foram significativamente: 1) positivamente correlacionadas com medidas de depressão (ou seja, QSP-9 e NEMD e as suas componentes emocionais, cognitiva, somática e interpessoais), bem como com a medida de evitamento e inflexibilidade psicológica (ou seja, QAA-II); e 2) correlacionado negativamente com a medida de flexibilidade mental (ou seja, ECAC) (ver Tabela 4.6). Estes padrões suportam as validades convergentes e divergentes do EECC. Em conclusão, a EECC apresenta uma boa validade convergente e divergente.

Tabela 4.6*Estatísticas descritivas e correlações entre as subescalas*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. EECC	-	.848	.851	.889	.880	.430	.564	.550	.472	.296	.591	-.409	.588
2. CoS		-	.630	.734	.669	.357	.449	.451	.392	.219	.472	-.338	.500
3. CS			-	.597	.674	.364	.476	.419	.398	.256	.546	-.370	.470
4. CoNS				-	.730	.402	.509	.520	.408	.297	.493	-.368	.502
5. CNS					-	.360	.515	.520	.443	.235	.531	-.332	.582
6.QSP-9						-	.752	.654	.580	.641	.662	-.487	.623
7.NEMD							-	.905	.832	.738	.880	-.439	.710
8. CC								-	.701	.520	.758	-.371	.635
9. CE									-	.539	.656	-.369	.600
10. CS										-	.527	-.334	.476
11. CI											-	-.429	.698
12. ECAP												-	-.453
13. QAA-II													-
<i>M</i>	2.04	1.91	2.10	1.90	2.32	7.93	2.12	2.00	2.39	2.08	2.11	3.95	3.42
<i>DP</i>	0.68	0.70	0.87	0.71	0.90	5.25	0.53	0.62	0.57	0.61	0.73	0.97	1.50
<i>α</i>	.93	.72	.87	.84	.82	.84	.92	.84	.80	.74	.84	.88	.90

Notas. N = 488; todas as correlações são significativas $p < .01$; EECC = Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental; CoS= Cognitivo social; CS= Comportamental social; CoNS= Cognitivo não-social; CNS=Comportamental não-social; QSP-9= Questionário sobre a Saúde do Paciente-9; NEMD= Nova Escala Multidimensional da Depressão; Subescalas da NEMD: CC= Componente cognitiva; CE: Componente emocional; CS: Componente somática; CI: Componente interpessoal; ECAP: Escala de Consciência e Atenção Plena; QAA-II: Questionário de Aceitação e Ação-II; *M*: Média; *DP*: Desvio-padrão; α = Alfa de Cronbach

4.5 Estudo 2.

Estudos anteriores revelaram que um grupo clínico apresentou uma pontuação mais elevada na EECC do que em grupos não clínicos (Barajas et al., 2017; Ottenbreit et al., 2014; Quigley, et al., 2017). O estudo 2 tem como objetivo testar a comparação de um grupo clínico (ou seja, pessoas que relataram ter sido diagnosticadas com depressão) e um grupo não clínico.

4.5.1 Metodologia

4.5.2 Participantes

Para este estudo voluntariaram-se 61 participantes ($M_{Idade} = 42.08$; $DP_{Idade} = 13.50$) entre os quais 9 homens ($M_{Idade} = 41.22$; $DP_{Idade} = 13.25$) e 52 mulheres ($M_{Idade} = 42.23$; $DP_{Idade} = 13.66$). Esta amostra é constituída por 54 participantes de nacionalidade portuguesa e 7 de nacionalidade brasileira e todos vivem em Portugal.

Quanto às questões sobre a depressão, 31 participantes relataram estar deprimidos e foram diagnosticados com depressão. Entre eles, 22 tomam medicação, 23 decidiram por conta própria pedir ajuda a um profissional, 18 são acompanhados pelo médico de família, 10 por um psiquiatra, 9 por um psicólogo, 26 responderam que a depressão afetava a sua vida diária. Inversamente, 30 participantes (N=30) relataram não ter patologia depressiva. Quanto à escolaridade, 2 participantes completaram o ensino básico, 17 o ensino secundário, 32 a licenciatura e 10 o mestrado. Nove eram estudantes, 8 professores, 8 agentes públicos, 5 psicólogos, 4 secretárias administrativas, 3 empresários, 3 trabalhadores na área da saúde, 2 informáticos, 2 trabalhadores na área financeira, 2 trabalhadores na área da educação, 12 tinham profissões diversas e 3 não referiram a profissão.

4.5.3 Instrumentos

Os participantes preencheram a Escala de Evitamento Cognitivo - Comportamental (EECC) e o Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (QSP-9) como no Estudo 1 (ver seções 4.2.3.1 e 4.2.3.2.1, respetivamente, onde é encontrada a descrição de cada escala mencionada). As escalas apresentaram uma boa consistência interna como pode ser observado na Tabela 4.7.

4.5.4 Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário *online* por parte dos participantes. Tal como no estudo anterior, os participantes foram informados sobre o anonimato e a confidencialidade dos dados e sobre a possibilidade de interromper o seu preenchimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Os participantes tiveram apenas uma questão de carácter obrigatório que tinha que ver com o facto de concordarem ou não participar no estudo, essa informação estava descrita no consentimento informado. Ainda neste consentimento existiu uma questão de seleção: “se tem atualmente uma depressão” o participante teria que clicar em “seguinte”, caso não fosse essa a situação, o participante teria que clicar em “continuar”.

4.6 Resultados

Foi realizado um teste MANOVA para avaliar as diferenças na EECC e no QSP-9 de acordo com o relato de depressão ou não. O resultado multivariado foi significativo (Traço de Pillai = 0.61, $F = 14.63$, $df = (6)$, $p < 0.001$) indicando quais as diferenças entre os participantes com ou sem depressão (ver Tabela 4.7). Como esperado, os participantes que relataram ter depressão e foram diagnosticados como depressivos pontuaram significativamente mais alto no QSP-9 e no EECC e suas componentes do que os participantes que relataram não ter depressão. Em suma, a EECC mostrou ser capaz de discriminar indivíduos com depressão de indivíduos não depressivos.

Tabela 4.7*Diferenças entre participantes depressivos e não depressivos.*

	Depressão (n =31)			Não depressão (n =30)			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>α</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>A</i>		
QSP-9	13.16	4.98	.83	5.3	4.37	.84	-6.53	< .001
EECC	3.10	0.82	.94	1.84	0.64	.94	-6.63	< .001
CNS	2.93	0.84	.83	1.81	0.59	.78	-5.97	< .001
CS	2.96	0.93	.79	1.86	0.79	.84	-4.93	< .001
SC	3.36	0.97	.88	1.67	0.69	.85	-7.80	< .001
CNS	3.20	1.02	.81	2.16	0.90	.85	-4.19	< .001

Nota. QSP-9 = Questionário sobre a Saúde do Paciente-9; EECC= Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental; Subescalas da EECC: CS = Comportamental social; CoNS = Cognitivo não-social, CS = Cognitivo social e CNS = Comportamental não-social.

4.7 Discussão

A *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (EECC)* é um instrumento útil para estudar a associação entre depressão e o evitamento. Até agora, a *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)* não tinha sido adaptada para a população portuguesa, por isso, o objetivo do presente estudo foi validar a escala para a língua portuguesa (EECC) e analisar as suas propriedades psicométricas.

A análise fatorial confirmatória (Estudo 1) mostrou que a solução final de quatro fatores com 30 itens identificados no estudo 1 apresentou índices razoáveis com bom ajuste, indicando que a EECC reproduziu adequadamente os dados observados. Além disso, a solução final reproduz a estrutura fatorial original encontrada por Ottenbreit e Dobson (2004) com a exceção do item 16 que teve que ser excluído. A EECC também mostrou uma confiabilidade interna consistente entre os 2 estudos, com participantes depressivos e não depressivos, com α de *Cronbach* variando de 0.72 a 0.94 para a escala total e suas subescalas.

A EECC e os seus quatro fatores estão positivamente correlacionados com indicadores de depressão e inflexibilidade psicológica, demonstrando uma boa validade convergente. Além disso, a EECC e os seus quatro fatores estão negativamente correlacionados com medidas de *mindfulness*, demonstrando uma boa validade divergente. Finalmente, o Estudo 2 confirmou que a EECC também foi capaz de distinguir entre um grupo de participantes com depressão (N= 31) e um grupo sem depressão (N=30).

Em conclusão, a EECC parece ser um instrumento confiável para estudar a depressão e a sua associação ao evitamento numa população de língua portuguesa.

Capítulo 5 - Validação da *Self-Stigma of Depression Scale (SSDS)* (Barney, Griffiths, Christensen & Jorm, 2010)

5.1 Validação da *Self-Stigma of Depression Scale (SSDS)* para a população portuguesa

5.1.1 Descrição do instrumento

A versão original em inglês da escala desenvolvida por Barney, Griffiths, Christensen e Jorm em 2010 foi adaptada para a língua portuguesa - *Escala de Autoestigma da Depressão* (EAED) (Anexo C).

Esta escala é composta por um total de 16 itens numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Concordo totalmente” e 5 “Discordo totalmente”. Estes itens encontram-se distribuídos em quatro subescalas: (a) Vergonha, que é constituída por 4 itens onde avalia a vergonha de não lidar com os problemas (e.g., *Eu sentir-me-ia inferior a outras pessoas*); (b) Auto-culpa, que avalia a responsabilidade de estar deprimido (e.g., *Eu penso que deveria ser mais forte*); (c) Inadequação social que avalia o sentimento de inadequação social (e.g., *Eu sentir-me-ia como um fardo para outras pessoas*); (d) Inibição da Procura de Ajuda, que avalia as expetativas de autocuidado (e.g., *Eu sentir-me-ia envergonhado(a) se os outros souberem que estou procurando ajuda profissional para a depressão*). Cada subescala é constituída por 4 itens.

As suas propriedades psicométricas foram avaliadas através da análise da validade do seu constructo. A sua validade, a consistência interna e a confiabilidade são

satisfatórias, verificando-se: ($\alpha=0.87$) para a escala total; ($\alpha=0.83$) para a subescala Vergonha; ($\alpha=0.78$) para a subescala de Auto-culpa; ($\alpha=0.79$) para a subescala Inibição na Procura de Ajuda e ($\alpha=0.79$) para a subescala Inadequação Social (Barney, Griffiths, Christensen & Jorm, 2010).

O processo de construção desta escala foi projetado para integrar participantes com e sem experiência pessoal de depressão para que o mesmo permitisse avaliar respostas autoestigmatizantes em pessoas com depressão e verificar tendências autoestigmatizantes dos indivíduos na sociedade em geral que não tenham padecido desta patologia.

Esta escala distingue o autoestigma das percepções de estigma por outros, fornece informações detalhadas sobre o autoestigma da depressão e possui boas propriedades psicométricas (Barney et al., 2010).

Salienta-se que todos os itens foram invertidos para que as pontuações mais altas indiquem um nível mais elevado de estigma.

5.2 Metodologia

5.2.1 Participantes

Este estudo é composto por 155 participantes, entre os quais 113 mulheres ($M_{idade} = 39,36$; $DP_{idade} = 12,08$) e 42 homens ($M_{idade} = 41,81$; $DP_{idade} = 12,73$).

Quanto à descrição da amostra, esta é constituída por 124 (80%) participantes de nacionalidade portuguesa, 28 (18,1%) de nacionalidade brasileira e 3 (1,9%) de outra nacionalidade. Verificou-se que 129 (83,2%) vivem atualmente em Portugal e 26 (16,8%) vivem noutro país. Quanto ao estado civil, 70 (45,2%) dos participantes são solteiros, 56 (36,1%) são casados e 21 (13,5%) vivem em união de facto. Relativamente às habilitações literárias, 77 participantes (49,75%) são licenciados, 40 participantes conferem o grau de mestre (25,8%) e 31 (20%) completaram o ensino secundário.

Quanto à profissão/ocupação, nesta amostra foi possível verificar que 21 participantes são psicólogos, 16 são estudantes, 10 são trabalhadores na administração pública, 9 professores, 5 médicos, 5 empresários, 6 estão em situação de desemprego, 3 economistas, 3 educadoras de infância, 2 cirurgiões dentistas, 2 farmacêuticos, 2 investigadores, 2 explicadores, 2 designers, 2 rececionista, 2 analistas de sistemas, 2 engenheiros, 2 programadores, 2 técnicos superiores, 2 advogados, 2 socio gerentes e 2

profissionais que trabalham numa IPSS. De resto, apenas 1 pessoa se verificou nas restantes profissões.

Em relação às respostas ao grupo de questões colocadas sobre a depressão, 69 participantes (44,51%) responderam que já haviam tido depressão, 31 responderam que atualmente sofrem de depressão, 27 tomam medicação para a depressão, 10 são seguidos por um médico de família, 15 por um psiquiatra, 15 por um psicólogo, 48 participantes responderam que já lhes tinha sido dado um diagnóstico de depressão, 26 participantes responderam que esta doença afeta atualmente a sua rotina e, por fim, 50 participantes responderam que decidiram pedir ajuda a um profissional por vontade própria.

5.2.2 Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos

Foi elaborado um questionário de dados sociodemográficos que permitiu a recolha de informação sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao género, ano de nascimento, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão e país de residência atual. Foram recolhidas informações adicionais sobre a depressão, em que os participantes tiveram a oportunidade de responder de forma dicotómica (sim/não) de acordo com a sua situação.

Neste estudo foi utilizado o *Questionário sobre a Saúde do Paciente-9* (Kroenke et al., 2001) e a *Escala de Autoestigma da Depressão* (Barney, et al., 2010). Estes instrumentos encontram-se descritos na seção 4.2.3.2.1 e na seção 5.1.1, respetivamente.

5.3 Procedimento

5.3.1 Procedimento de recolha de dados

Os participantes decidiram de forma voluntária participar no estudo. Estes responderam a um questionário *online*. Antes de procederem ao seu preenchimento, os participantes foram informados que o estudo era de carácter confidencial, voluntário e que todos os dados recolhidos seriam utilizados unicamente para investigação. Foram igualmente informados sobre a hipótese de desistir do preenchimento a qualquer

momento sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo no caso de sentirem algum tipo de desconforto em relação ao que lhes estava a ser pedido.

5.4 Resultados

5.4.1 Análise fatorial confirmatória (AFC)

Os valores ausentes (< 5%) foram substituídos pela média. Foi realizada uma análise fatorial confirmatória através do pacote de software JASP (2020) com objetivo testar a estrutura fatorial da escala original com 4 fatores. O Modelo 1 foi estimado pelo método de Máxima Verossimilhança. Para avaliar a qualidade do modelo, foram avaliados o χ^2 , o ratio χ^2 / graus de liberdade, o Standardized Root Mean Square residual (SRMR), o Root Mean Square Error Approximation (RMSEA), o Comparative Fit Index (CFI) e o Non-Normed Fit Index (Brown, 2006; Byrne, 2010).

Os resultados mostraram que o Modelo 1 apresenta um mau ajuste (ver Tabela 5.8). A análise das características estatísticas dos itens mostrou que os itens 8 e 15 apresentavam uma baixa comunalidade (e.g., <.10) e a análise dos índices de modificação revelou que os pares de itens 1 e 2, 3 e 4 bem como 9 e 12 estão correlacionados para formar o modelo 2. Os resultados da análise fatorial confirmatória revelaram que o Modelo 2 tem bons indicadores (CFI e TLI; .97 e .96 respetivamente), χ^2 /df (< 5), SRMR (< 0.7) e RMSEA (< .08). Todos os itens apresentam comunalidades iguais ou superiores a .40 e *loadings* iguais ou superiores a .812. O Modelo 2 aparece, portanto, como uma solução aceitável (Figura 5.3).

Como é possível observar, a Tabela 5.9 apresenta as estatísticas descritivas para a escala total e as quatro subescalas.

Tabela 5.8

Índices de ajustamento para os modelos analisados

Modelo	χ^2 (df)	χ^2 /df	SRM R	CFI	TLI	RMS EA	IC 90%	PCLOSE
1	195.32 (95)	2.05	.111	.926	.90	.083	(.066-.099)	< .01
2	106.33 (68)	1.56	.061	.970	.960	.060	(.037-.082)	.214

Nota. N=155.

Figura 5.3

Análise fatorial confirmatória da EAED: FC1- Vergonha; FC2 Auto-culpa; FC3 - Inibição na procura de ajuda; FC4- Inadequação social

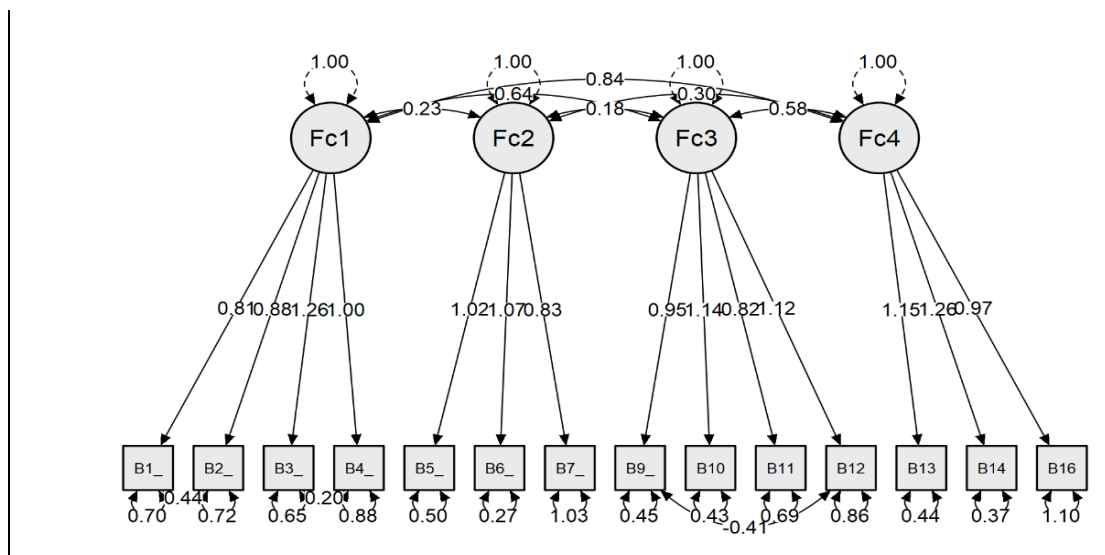


Tabela 5.9*Estatísticas descritivas para a escala total e para as quatro subescalas*

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose
EAED (total)	1.00-4.71		2.6252	0.85200	0.201	-0.614
Vergonha	1.00-5.00		2.4790	1.11693	0.430	-0.815
Auto - culpa	1.00-5.00		3.1631	0.93319	-0.478	-0.100
Inibição na procura de ajuda	1.00-5.00		2.0153	1.05874	1.156	0.617
Inadequação social	1.00-5.00		2.9069	1.21884	0.045	-1.049
Soma_QSP-9	0.00-27.00		7.0452	6.00145	1.224	1.129

Notas. N= 155; EAED (total) = Escala de Autoestigma da Depressão (total); QSP-9 = Questionário sobre a Saúde do Paciente-9

5.4.2 Validade convergente

Os resultados relativos às correlações entre as diferentes dimensões da *Escala Autoestigma da Depressão* e o seu total, tal como, os resultados relativos às correlações destas com o *Questionário sobre a Saúde do Paciente-9* são apresentados na Tabela 5.10.

Tabela 5.10

Correlações entre a Escala de Autoestigma da Depressão (EAED) e o Questionário sobre a Saúde do Paciente -9 (QSP-9) (N = 155)

	1	2	3	4	5	6
1. EAED (total)	-					
2. Vergonha	.859**	-				
3.Auto-culpa	.627**	.376**	-			
4.Inibição na procura de ajuda	.779**	.556**	.280**	-		
5.Inadequação social	.843**	.709**	.432**	.529**	-	
6.QSP-9	.348**	.274**	.337**	.162*	.385**	-

Notas. EAED (total) = Escala de Autoestigma da Depressão (total); QSP-9 = Questionário sobre a Saúde do Paciente-9. ** $p < 0,01$; * $p = < 0,05$

É possível concluir, através dos resultados desta tabela que todas as dimensões da *Escala Autoestigma da Depressão (EAED)* estão intercorrelacionadas significativamente ($p < .05$) e positivamente de forma moderada ou forte ($r > .25$). Destas correlações é de destacar a associação com maior magnitude, entre a dimensão *Vergonha* e a dimensão *Inadequação social* ($r = .709$) e, a associação de menor magnitude, entre a dimensão *Inibição na Procura de Ajuda* e a dimensão *Auto-culpa* ($r = .28$).

De igual modo, é possível verificar que as diversas dimensões da *Escala Autoestigma da Depressão* estão correlacionadas significativamente ($p < .010$) e positivamente com a escala total (*EAED*), de forma forte ou muito forte ($r > .50$). É de realçar que destas, a correlação com maior magnitude é com a dimensão *Vergonha* ($r = .859$) e, no outro oposto, a correlação com menor magnitude manifesta-se ser com a dimensão *Auto-culpa* ($r = .627$).

Os resultados relativos às correlações entre as dimensões da *Autoestigma da Depressão (EAED)* e a escala total (*EAED*) com a escala *QSP-9* revelam, também, resultados estatisticamente significativos ($p < .050$). Em relação às diversas dimensões da *Escala de Autoestigma da Depressão (EAED)* é possível afirmar que estas se encontram significativamente e positivamente correlacionadas com a escala *QSP-9* de forma moderada ou forte ($r > .025$). Das diferentes dimensões, é de referir, que a dimensão *Inadequação Social* é a que apresenta uma correlação de maior magnitude ($r = .385$) com a escala *QSP-9*. No sentido oposto, a dimensão *Inibição na Procura de Ajuda* é a que apresenta uma correlação de menor magnitude ($r = .162$) com a escala *QSP-9*. Por fim, os resultados, também, demonstram que a *Escala da Autoestigma da Depressão* total apresenta-se significativamente ($p < .010$) e positivamente correlacionada com a escala *QSP-9* ($r = .348$). Estes resultados, indicam boas evidências estatísticas de validade convergente da *Escala da Autoestigma da Depressão (EAED)*, tanto ao nível dimensional como ao nível da escala total, com a escala *QSP-9*.

Capítulo 6 - Estudo principal

6.1 Objetivo do estudo principal

Este estudo tem como principal objetivo perceber: 1) qual a relação entre as variáveis: autocompaixão, autoestigma da depressão e evitamento cognitivo-comportamental e a sintomatologia depressiva; 2) se autocompaixão é um fator protetor contra o autoestigma da depressão, se esta é capaz de proporcionar alívio da sintomatologia depressiva e, ainda, reduzir os comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental manifestados pelos doentes.

6.2 Metodologia

6.2.1 Participantes

A amostra deste estudo é constituída por um total de 90 participantes, sendo 74 do sexo feminino ($M_{idade} = 44,91\%$ e $DP_{idade} = 12,91\%$) e 16 do sexo masculino ($M_{idade} = 40,93\%$ e $DP_{idade} = 15,19\%$).

Do número total de participantes, verificou-se que 74 sujeitos (82,2%) reside atualmente em Portugal e apenas 17 (17,8%) reside noutro país. Quanto ao estado civil verificou-se que 39 sujeitos (43,3%) é casado(a). Quanto às suas habilitações literárias, 41 sujeitos (45,6%) estão ao nível do ensino secundário e 37 (41,1%) ao nível do ensino superior, este último, correspondente ao grau de licenciado(a). Em termos de profissão foi possível apurar que esta amostra é composta por 12 professores, 5 sujeitos pertencem à função pública, 4 enfermeiros, 4 secretárias, 3 estudantes, 3 empresários, 2 empregados de balcão, 2 administrativos, 2 assistentes técnicas e 2 desempregadas. De resto, apenas 1 pessoa se verificou nas restantes profissões.

De acordo com as respostas ao grupo de questões colocadas sobre a depressão 88 sujeitos (97,8%) responderam que já haviam tido depressão. Segundo os dados averiguou-se se que mais de $\frac{1}{2}$ dos participantes, ou seja, 56 sujeitos (62,2%) responderam que atualmente têm depressão.

Quanto à toma de medicação para a depressão, 40 sujeitos (44,4%) responderam que tomam medicação para a depressão. No que se refere ao acompanhamento

psiquiátrico 21 sujeitos (23,3%) responderam que são acompanhados a nível psiquiátrico, quanto ao acompanhamento psicológico, 17 sujeitos (18.9%) responderam que são acompanhados por um psicólogo.

Relativamente às perguntas colocadas 72 sujeitos (80%) responderam “Sim” à questão (“Já lhe foi dado um diagnóstico de depressão?”), o mesmo aconteceu à pergunta (“Caso tenha sido diagnosticado uma depressão, esta afeta atualmente a sua rotina?”) 51 sujeitos (56,7%) responderam afirmativamente a esta questão. Por último, em resposta à pergunta (“É seguido(a) porque decidiu, por vontade própria, pedir ajuda a um profissional?”) 56 sujeitos (62,22%) decidiram pedir ajuda por vontade própria a um profissional.

6.2.2 Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos

Foi elaborado um questionário de dados sociodemográficos que permitiu a recolha de informação sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao género, ano de nascimento, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão e país de residência atual. Foram recolhidas informações adicionais sobre a depressão, em que os participantes tiveram a oportunidade de responder de forma dicotómica (sim/não) de acordo com a sua situação.

Escala de Autocompaixão (EAC) (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011)

A *Escala de Autocompaixão* é a medida de autorrelato mais utilizada para medir a autocompaixão. Esta escala foi desenvolvida por Neff em 2003 e mais tarde adaptada e validada para a população portuguesa por Castilho, Pinto-Gouveia e Duarte em 2011. É constituída por 26 itens e tem como objetivo avaliar a atitude compassiva em relação ao próprio. Os itens estão agrupados em seis subescalas: Calor/compreensão (5 itens) (e.g., *Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto*); Autocrítica (auto criticismo) (5 itens) (e.g., *Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações*); Condição Humana (4 itens) (e.g., *Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu*); Mindfulness (4 itens) (e.g., *Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma*

visão equilibrada da situação); Sobre identificação (4 itens) (e.g., *Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado*) e a subescala Isolamento (4 itens) (e.g., *Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu*). Os itens são respondidos através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, que varia entre 1 “Quase nunca” e 5 “Quase sempre”. Uma pontuação mais elevada indica um maior nível de autocompaixão para consigo, enquanto níveis mais baixos indicam que são mais amigáveis com os demais e menos consigo próprios.

A consistência interna da versão portuguesa desta escala foi avaliada através do cálculo de alfa de *Cronbach* quer para a totalidade dos itens da escala, quer para cada uma das dimensões teóricas que a compõem, revelando uma boa consistências interna: ($\alpha=0.89$) para o total da escala; para a subescala de Calor/Compreensão ($\alpha=0.84$); para a subescala Auto crítica ($\alpha=0.82$); para a subescala Condição Humana ($\alpha=0.77$); para a subescala Isolamento ($\alpha=0.75$); para a subescala Mindfulness ($\alpha=0.73$); e para a subescala Sobre identificação ($\alpha=0.78$). Quanto à estabilidade temporal, a SCS foi novamente administrada a 34 estudantes do ensino superior após um intervalo de tempo de 4 semanas, obtendo-se um coeficiente de correlação de *Pearson* ($r= 0.78$). Os dados obtidos sugerem uma aceitável estabilidade temporal desta medida (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011).

Neste estudo foi utilizado o *Questionário sobre a Saúde do Paciente-9* (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), a *Escala de Autoestigma da Depressão* (Barney, Griffiths, Christensen & Jorm, 2010) e a *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (versão portuguesa)* (Rocheta, Giger, Piçarra & Almeida, *submetido*). As descrições destas escalas encontram-se disponíveis na seção 4.2.3.2.1, 5.1.1 e 4.2.3.1, respetivamente.

6.3 Procedimentos

6.3.1 Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através da divulgação de um formulário *online* (*Google Forms*) divulgado através das redes sociais. Antes do preenchimento, o participante é convidado a ler o consentimento informado onde foi dado a conhecer em que âmbito se insere este estudo, assim como, era explícito que se destinava a pessoas que têm ou tiveram depressão. Foi também esclarecido que as informações recolhidas eram totalmente confidenciais garantindo o anonimato do mesmo, sendo estas utilizadas exclusivamente para o estudo em causa. É importante referir que a participação foi voluntária, sem obrigatoriedade em responder às questões. O participante pôde desistir do preenchimento a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo.

6.3.2 Procedimento de análise de dados

Os dados foram analisados com recurso ao software SPSS v25 (IBM SPSS, 2017) e numa fase posterior foi utilizado o método *Process* (Hayes, 2018) para a análise dos modelos de mediação.

6.4 Resultados

6.4.1 Análise preliminar

Um participante respondeu a metade das perguntas e foi excluído, por este motivo, procedimentos de análise de dados foram realizados com uma amostra total de 89 participantes. Um valor ausente no QSP-9 foi substituído pela média. Os valores de assimetria e curtose (ver Tabela 6.11) estão todos abaixo do limite recomendado por Curran, West e Finch (1996; isto é, 2 e 7 respetivamente).

6.4.2 Triagem da depressão

Seguindo os pontos de corte do QSP-9, 5,7% (n = 5) apresentam resultados mínimos, 28,4% (n = 25) resultados médios, 22,7%; (n = 20) uma depressão moderada,

25% (n = 22) resultados moderados-severos ou 18% (n = 16) uma depressão severa. No geral, 65,7% dos participantes relataram sintomas depressivos moderados, moderadamente severos ou mesmo sintomas severos. Os participantes que referiram ter depressão (no momento) relataram um número médio significativamente maior de sintomas depressivos ($M = 13.94$; $DP = 5.63$; $n = 57$) do que os participantes que relataram não apresentar depressão até ao momento ($M = 10.51$; $DP = 0.71$; $n = 32$), $t(86) = -2.46$; $p = .016$. Salienta-se que o número médio de sintomas depressivos relatados por ambos os grupos correspondem a sintomas depressivos moderados de acordo com os pontos de corte do QSP-9 (ou seja, ≥ 10).

6.4.3 Resultados principais

Os participantes apresentam pontuações significativamente mais altas do ponto médio da escala (por exemplo, 2.5) na *Escala de Autocompaixão total (EAC)* como é possível observar na Tabela 6.11 e nas suas subescalas (exceto nas subescalas *autobondade* e *mindfulness*), na *Escala de Autoestigma da Depressão (EAED)* e todas as subescalas (exceto na subescala de *inibição na procura de ajuda*) e finalmente na *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (EECC)* e nas suas quatro subescalas. Estes resultados indicam que os participantes tendem a ter *autocompaixão* por si mesmos, mas também uma autocrítica severa, sentimentos de solidão pelo próprio fracasso e sofrimento, absorção do próprio sofrimento, culpabilizam-se pelas atitudes associadas ao seu estado depressivo e apresentam comportamentos de evitamento.

Para avaliar as relações entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental foram realizadas análises correlacionais e de regressão.

Tabela 6.11*Estatísticas descritivas*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
QSP-9	1.41	.67	.35	-.56
EAC_ total	3.53*	.73	.35	.04
Calor/compreensão	2.49	.96	.50	-.25
Condição humana	2.85 *	1.08	.13	-.81
Mindfulness	2.68	1.03	.41	-.37
Autocrítica	3.54*	.92	-.36	-.38
Isolamento	3.71*	.89	-.65	.15
Sobre-identificação	3.72*	.83	-.44	-.37
EAED_ total	3.15*	.86	-.43	-.10
Vergonha	3.19*	1.16	-.39	-.87
Auto-culpa	3.85*	1.03	-.75	.01
Inibição na procura de ajuda	2.53	1.1	.28	-.83
Inadequação social	3.20*	1.13	-.41	-.67
EECC_ total	3.05*	.87	-.22	-.34
Comportamental social	3.13*	1.14	-.25	-.93
Comportamental não-social	3.26*	1.01	-.50	-.38
Cognitivo não-social	2.92*	.89	.00	-.41
Cognitivo social	2.97*	.90	.15	-.69

Notas: * = A media difere significativamente do ponto médio da escala em $p < .05$ (Teste-t para uma amostra; EAC_ total = Escala de Autocompaixão; EAED_ total = Escala de Autoestigma da Depressão; EECC_ total = Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental_ total

6.4.4 Análise de correlações

Os resultados mostraram que a autocompaixão está negativamente correlacionada com a *Escala de Autoestigma da Depressão* e suas subescalas (exceto com a subescala *inibição na procura de ajuda*) e com a *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* (e todas as suas quatro subescalas), como se pode observar na Tabela 6.12. Mais especificamente, a subescala *Condição Humana* foi associada negativamente com a *Escala de Autoestigma da Depressão* e todas as suas quatro subescalas e com a *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* e suas subescalas (exceto com a subescala de *cognição social*). A subescala *mindfulness* foi negativamente associada à *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* e suas subescalas (exceto com a subescala *comportamental social*). A subescala *autocrítica* está positivamente associada à *Escala de Autoestigma da Depressão* e todas as suas quatro subescalas e com a *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* e suas subescalas (exceto com a subescala *cognição social*). As subescalas *isolamento* e *sobreidentificação* estão positivamente associadas à *Escala de Autoestigma da Depressão* e todas as suas subescalas (exceto com a subescala *inibição na procura de ajuda*) e a *Escala Evitamento Cognitivo-Comportamental* e suas subescalas (exceto com a subescala *cognição social*).

Por fim, a *sintomatologia depressiva* está positivamente correlacionada com a *Escala de Autoestigma da Depressão* (especificamente com a subescala *vergonha e inadequação social* e à *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* e todas as suas subescalas, e negativamente à *Escala de Autocompaixão* e suas subescalas (exceto a subescala *autobondade*).

6.4.5 Análise de regressões

Foi realizada uma análise de regressão hierárquica, tendo em conta a *idade*, *género* e se os *participantes se encontram atualmente com depressão ou não* como *variáveis de controlo*. Estas variáveis encontram-se na etapa 1, seguidas da *autocompaixão (EAC)* e da *sintomatologia depressiva (QSP-9)* na etapa 2 e, por fim, o *autoestigma da depressão (EAED)* na etapa 3.

Os resultados mostram que nas etapas 2 e 3, a *autocompaixão* e a *sintomatologia depressiva* foram preditores significativos do *evitamento cognitivo-comportamental* (ver Tabela 6.13).

Um nível mais alto de *autocompaixão* está associado a um baixo do nível de evitamento cognitivo-comportamental. Um nível mais alto de sintomatologia depressiva está associado a um nível mais alto de evitamento cognitivo-comportamental. Um nível mais alto de autoestigma está associado a um nível mais alto de evitamento cognitivo-comportamental. A introdução do autoestigma se acompanha de uma redução ligeira do coeficiente de regressão da *autocompaixão*.

Para explorar a associação entre os diferentes componentes da *autocompaixão* e o evitamento cognitivo-comportamental, vários modelos de regressão foram testados utilizando cada componente da *Escala de Autocompaixão*. A única subescala que provou ser um preditor significativo foi a subescala *Condição Humana* (ver Tabela 6.14).

6.4.6 Efeitos indiretos

Os efeitos indiretos da *autocompaixão* e *sintomatologia depressiva* no *evitamento cognitivo-comportamental* através do *autoestigma da depressão* foram testados utilizando o modelo 4 do Método *Process* (Hayes, 2012). Como o modelo 4 pode testar a influência de apenas um preditor de cada vez, foram testados dois modelos de mediação múltipla (com 5000 bootstraps). Em ambos os modelos, a idade, o gênero e se os participantes têm atualmente depressão ou não, foram inseridos como variáveis de controle.

O primeiro modelo incluiu a *autocompaixão*, como variável independente e o *evitamento cognitivo-comportamental* como variável dependente e todas as quatro dimensões da *Escala de Autoestigma da Depressão* como mediadora (ou seja, *vergonha*, *auto culpa*, *inibição na procura de ajuda* e *inadequação social*). Os resultados mostraram que: (1) a *autocompaixão* foi um preditor significativo da *vergonha* (coeficiente = $-.62$; $se = .78$; $t = 8.31$; $p < .001$; 95% IC = $[-.94; -.29]$ e da *inadequação social* (coeficiente = $-.65$; $se = 0.15$; $t = -4.11$; $p < 0.001$; 95% IC = $[-.96; -.33]$), (2) a *inadequação social* é um preditor significativo do *evitamento cognitivo-comportamental* (coeficiente = 0.28 ; $se = 0.10$; $t = 2.62$; $p < 0.05$; 95% IC = $[0.06; 0.49]$ e medeia o efeito da *autocompaixão* no *evitamento cognitivo-comportamental* (efeito = $-.18$; $bootSE = 0.08$; 95% IC = $[-.36; -.02]$), (3) a *inadequação social* foi, entre as quatro dimensões de *Escala de Autoestigma da Depressão*, o único preditor significativo da *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* (coeficiente = $.28$; $se = .08$; $t = 2.62$; $p = .01$; IC 95% = $[.06; .49]$).

O segundo modelo incluiu a sintomatologia depressiva (*QSP-9*) como variável independente e o *evitamento cognitivo-comportamental* como variável dependente, bem como as quatro dimensões da *Escala de Autoestigma da Depressão* como mediadores. Os resultados mostraram que a *sintomatologia depressiva* teve um efeito direto (efeito = 0.33; se = 0.13; $t = 2.43$; $p = 0.01$; IC 95% = [0.06; 0.61] mas nenhum efeito indireto significativo no *Evitamento Cognitivo-Comportamental* através das dimensões da *Escala de Autoestigma da Depressão*. Este padrão de resultados replica os resultados do estudo de Manos et al., (2009).

Tabela 6.12*Correlações*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Depressão	-	-.35	-.17 ^a	-.20	-.30	.28	.30	.35	.30	.30	.17 ^a	.17 ^a	.27	.32	.24	.27	.33	.25
2. EAC_total		-	.77	.80	.83	-.74	-.65	-.80	-.47	-.47	-.28	-.19 ^a	-.50	-.33	-.21	-.36	-.26	-.32
3. Calor/compreensão			-	.6	.73	-.36	-.32	-.41	-.20	-.19 ^a	-.13 ^a	-.04 ^a	-.3	-.21	.082	-.26	-.18 ^a	-.20
4. Condição humana				-	.69	-.43	-.28	-.58	-.43	-.39	-.23	-.24	-.46	-.30	-.20 ^a	-.36	-.20	-.28
5. Mindfulness					-	-.44	-.41	-.60	-.31	-.37	-.11 ^a	-.06 ^a	-.41	-.20	-.23	-.29	-.18 ^a	-.27
6. Autocrítica						-	.5	.63	.48	.46	.29	.32	.39	.25	.14 ^a	.26	.20 ^a	.26
7. Isolamento							-	.57	.31	.36	.26	.02 ^a	.33	.25	.19 ^a	.25	.21	.24
8. Sobre-identificação								-	.40	.42	.23	.15 ^a	.44	.25	.16 ^a	.23	.23	.24
9. EAED_total									-	.86	.64	.77	.77	.35	.21	.35	.32	.32
10. Vergonha										-	.43	.48	.65	.27	.16 ^a	.25	.24	.32
11. Auto-culpa											-	.36	.29	.06 ^a	.01 ^a	.12 ^a	.05 ^a	.02 ^a

12. Inibição na procura de ajuda	-	.43	.28	.18 ^a	.29	.26	.21
13. Inadequação social		-	.43	.26	.41	.41	.41
14. EECC total			-	.838	.91	.84	.91
15. Cognitivo social				-	.76	.55	.75
16. Cognitivo não-social					-	.64	.82
17. Comportamental social						-	.69
18. Comportamental não-social							-

Notas. N = 89; Todas as correlações são significativas $p < .05$ exceto (^a) $p > .05$. EECC__total= Pontuação total da Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental;EAC_total = Escala de Autocompaixão_total; EAED_total= Escala de Autoestigma da Depressão_total.

Tabela 6.13

Análise de Regressão na Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental_Total, na Escala de Autocompaixão, no Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 e na Escala de Autoestigma da Depressão.

	B	Error	Beta	t	p
$F(3,84) = .63; p = .59; R = .14; R^2 = .022$					
Interceção	3.28	0.68		4.85	0.00
Género	-0.11	0.26	-0.04	-0.41	0.69
Idade	-0.01	0.01	-0.13	-1.22	0.23
Depressão (sim/não)	0.11	0.20	0.06	0.54	0.59
$F(5,82) = 3.19 p = .011; R = .40 R^2 = .14; \Delta = .09; p = .002$					
Interceção	3.81	0.77		4.94	0.00
Género	-0.15	0.24	-0.06	-0.61	0.55
Idade	0.01	0.01	0.08	0.65	0.52
Depressão (sim/ não)	-0.02	0.19	-0.01	-0.10	0.92
EAC (total)	-0.34	0.14	-0.29	-2.46	0.02
QSP-9	0.04	0.02	0.24	2.12	0.04
$F(6.81) = 3.15 p = .004; R = .45 R^2 = .20; \Delta = .04; p = .038$					
Interceção	2.45	0.99		2.48	0.02
Género	-0.16	0.24	-0.07	-0.66	0.51
Idade	0.01	0.01	0.14	1.18	0.24
Depressão (sim/não)	0.02	0.19	0.01	0.11	0.91
EAC (total)	-0.24	0.14	-0.21	-1.71	0.09
QSP-9	0.03	0.02	0.22	1.90	0.06
EAED (total)	0.252	0.11	0.24	2.10	0.03

Notas. N = 88 (Um valor ausente no relatório de depressão atual); Género: 1 = Feminino e 2 = Masculino; Depressão = atualmente com depressão: 1 = sim e 2 = não; EAE (total): Escala de Autocompaixão (total); QSP-9: Questionário sobre a Saúde do Paciente-9; EAED (total): Escala de Autoestigma da Depressão (total).

Tabela 6.14

Análise de regressão na Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental, na subescala da Condição Humana, no Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 e na Escala de Autoestigma da Depressão.

	B	Erro	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
$F(3,84) = .63; p = .59; R = .14; R^2 = .022$					
Interceção	3.28	0.68		4.85	0.00
Género	-0.11	0.26	-0.04	-0.41	0.69
Idade	-0.01	0.01	-0.13	-1.22	0.23
Depressão (sim/não)	0.11	0.20	0.06	0.54	0.59

$F(5,82) = 3.08 p = .015; R = .39 R^2 = .15; \Delta = .13; p = .003$

Interceção	3.28	0.69		4.75	0.00
Género	-0.18	0.25	-0.08	-0.74	0.47
Idade	0.00	0.01	0.04	0.34	0.74
Depressão (sim/não)	-0.02	0.19	-0.01	-0.10	0.92
Condição humana	-0.20	0.09	-0.25	-2.28	0.03
QSP-9	0.04	0.02	0.27	2.38	0.02

$F(6,81) = 3.39 p = .005; R = .45 R^2 = .20; \Delta = .05; p = .034$

Interceção	2.03	0.89		2.28	0.03
Género	-0.18	0.24	-0.08	-0.76	0.45
Idade	0.01	0.01	0.11	0.98	0.33
Depressão (sim/não)	0.02	0.19	0.01	0.12	0.91
Condição humana	-0.14	0.09	-0.17	-1.53	0.13
QSP-9	0.03	0.02	0.24	2.09	0.04
EAED	0.259	0.12	0.256	2.162	0.03

Notas. N = 88 (Um valor ausente no relatório de depressão atual); Género: 1 = feminino e 2 = masculino; Depressão = atualmente com depressão: 1 = sim e 2 = não; QSP-9: Questionário sobre a Saúde do Paciente-9; EAED: Escala de Autoestigma da Depressão.

Capítulo 7 - Discussão dos resultados

7.1 Discussão dos resultados

O objetivo principal deste estudo foi perceber qual a relação entre as variáveis: autocompaixão, autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental em adultos com sintomatologia depressiva. Neste sentido, procurou-se confirmar três aspetos essenciais: 1) a autocompaixão está negativamente correlacionada com o evitamento cognitivo-comportamental e o autoestigma da depressão; 2) o autoestigma da depressão está positivamente correlacionado com o evitamento cognitivo-comportamental e 3) a sintomatologia depressiva está positivamente correlacionada com o evitamento cognitivo-comportamental.

Neste estudo pretende-se perceber se a autocompaixão atenua o impacto do autoestigma da depressão e se é uma ferramenta eficaz na redução dos comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental em adultos que apresentam sintomatologia depressiva. Posto isto, importa explicar quais os resultados obtidos nesta investigação.

7.1.1 Relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental

Os resultados reportados pelos participantes apontam para que a *autocompaixão* esteja negativamente correlacionada ao *evitamento cognitivo-comportamental*, isto é, quanto mais os indivíduos têm atitudes autocompassivas, menos comportamentos de evitamento irão manifestar.

Segundo a literatura, os autores Allen e Leary (2010) concluíram que atitudes autocompassivas promovem uma forma de lidar com eventos negativos que é caracterizada por comportamentos de não evitamento. A falta de autocompaixão foi associada ao evitamento cognitivo. A autora Neff (2003d) verificou que a autocompaixão está negativamente associada à supressão de pensamentos. Tendo em conta uma das componentes da autocompaixão, a *atenção plena*, define-se por assumir uma perspetiva equilibrada na qual o indivíduo é capaz de reconhecer e entender as emoções sem reprimi-las. A autocompaixão também define-se como uma forma de não fugir às emoções negativas. O indivíduo deve esforçar-se para compreender as suas próprias reações. As reações de indivíduos autocompassivos podem ser interpretadas como indiferença, recusa

em aceitar as responsabilidades ou como passividade. A autocrítica é provavelmente aquilo que mais deve levar o indivíduo a evitar lidar com os problemas e reprimir os sentimentos dolorosos (Horney, 1950), porém os estudos mostram que indivíduos mais autocompassivos estão mais propensos a aceitar a responsabilidade pelos seus erros e fracassos do que aqueles que não são autocompassivos (Leary et al., 2007). Tratar-se com bondade, apesar dos problemas e fracassos, permite aos indivíduos aceitar a sua responsabilidade e seguir em frente, em vez de ter um comportamento de negação.

Salienta-se que os resultados deste estudo mostraram que a subescala *condição humana*, é um preditor significativo do evitamento. Nesta amostra, os participantes compreendem que os problemas fazem parte da humanidade, por isso, quanto mais os indivíduos têm esta perceção, menos comportamentos de evitamento irão apresentar.

Foi também testado um modelo de mediação onde se verificou que a *Escala de Autocompaixão* é um preditor da subescala de *inadequação social*, sendo esta subescala um preditor significativo do evitamento.

7.1.2 Relação entre a sintomatologia depressiva, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental

De acordo com os resultados reportados, o *Questionário sobre a Saúde do Paciente-9*, apresenta valores significativos, isto significa que quanto mais os participantes reportam ter sintomatologia depressiva, mais estão a reportar comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental. Visto que esta investigação também se centra na problemática do autoestigma da depressão, a sintomatologia depressiva está associada à perceção que os doentes têm relativamente ao estigma de que são alvo, contribuindo o autoestigma para o agravamento dos sintomas. Verificou-se que a *Escala de Autoestigma da Depressão* apresenta valores significativos, o autoestigma da depressão está positivamente relacionado ao evitamento cognitivo-comportamental. Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura.

Quando um indivíduo se encontra no processo de autoestigma, os estereótipos sociais negativos sobre a depressão podem tornar-se mais evidentes e internalizados pelo próprio. Também o facto de receberem tratamento para a depressão se evidencia nas reações negativas de outras pessoas para com o doente. Estas perceções podem exacerbar o processo de autoestigmatização. O doente pode ocultar a sua depressão e adota comportamentos de evitamento nos vários contextos sociais. Este esforça-se por esconder

a doença dos outros para evitar as repercussões do estigma (Overton & Medina, 2008; Corrigan, 2005).

Existe um efeito indireto da *Escala de Autocompaixão* através da *inadequação social*. A relação entre esta subescala e a *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental* faz todo o sentido, pois quanto mais o doente se sente inadequado socialmente por sofrer de depressão, mais irá evitar situações sociais. Globalmente os participantes deste estudo, que apresentaram mais autocompaixão, reportaram menos inadequação social e evitamento.

A subescala de *inadequação social* compreende itens originalmente desenvolvidos para medir uma variedade de dimensões, as associações encontradas ilustram que todos os itens podem ser reunidos para formar um tema comum de sentimentos de auto inadequação em relação a outras pessoas. Quem sofre de depressão tendencialmente irá esconder a sua doença dos outros. Os doentes temem a descoberta e lutam com decisões sobre se, quando e como devem revelar a sua doença (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984). Estes sentimentos podem não apenas se tornar debilitantes e impedir o comportamento social (Jones et al., 1984) a sua ocultação também reduz a oportunidade de conhecer outras pessoas com o mesmo problema (Corrigan & Watson, 2002). Sendo assim, é compreensível que os doentes possam se sentir desconfortáveis em situações sociais e vivenciar sentimentos de inferioridade. Quem sente que não está socialmente adequado, sente-se inferior aos outros.

Estes resultados replicam o estudo de Manos et al., (2009). Um indivíduo que apresente sintomas depressivos, leva ao aumento das atitudes autoestigmatizantes sobre a depressão e consequências negativas como resultado da revelação de um estado depressivo, o que por sua vez conduz ao evitamento.

7.1.3 Implicações práticas

Na prática clínica, é essencial intervir no desenvolvimento de competências ao nível da autocompaixão.

Sugere-se que na prática, o psicólogo procure dar a conhecer qual o significado do conceito de autocompaixão e que o paciente entenda que a autocompaixão é algo que com treino se desenvolve. Esta estratégia de regulação das emoções envolve ser tocado pelo sofrimento dos outros, abrindo a consciência para a dor dos outros e não evitando ou se desconectando dela, ao mesmo tempo que alivia o seu próprio sofrimento (Sprechter

& Fehr, 2005). Os indivíduos autocompassivos são gentis e compreensivos consigo mesmos quando o fracasso, a inadequação ou o infortúnio são experienciados. Estes também reconhecem que a dor e a imperfeição são uma parte inevitável da experiência humana, algo por que todos nós passamos, em vez de uma ocorrência isolada como acontecendo só a “mim”.

Este estudo revelou o quanto é importante trabalhar a autocompaixão com indivíduos que sofram de depressão. Os resultados apontaram para que os participantes pensem que os problemas fazem parte da condição humana e que todas as pessoas têm problemas, os problemas não acontecem apenas a um indivíduo. Não é demais relembrar que um dos focos da intervenção baseada na autocompaixão é promover que o paciente consiga perceber que todas as pessoas têm problemas. Pelo contrário, quem não tem este entendimento sente-se frustrado por não conseguir obter as coisas exatamente como quer. Esta frustração é habitualmente acompanhada por uma sensação de isolamento. Quando interpretamos as nossas experiências numa perspetiva de um “eu” separado, não se consegue pensar em experiências similares dos outros. A autocompaixão define-se por aceitar que o sofrimento e o fracasso pessoal fazem parte de uma experiência humana partilhada (Neff, 2003a, 2008).

A autocompaixão pode ser considerada um tipo de fraqueza em que as fronteiras entre o *eu* e o outro são atenuadas, por isso é preciso reverter o pensamento e começar a entender que todos os seres humanos são dignos de compaixão, incluindo o *eu*. É fundamental que o paciente se aproprie de ferramentas úteis para que seja capaz de contornar os seus problemas, ao invés, de ficar inerte e de culpabilizar-se por tudo o que lhe acontece de negativo. O paciente não deve focar-se apenas no seu problema, mas sim, na possível solução. O paciente ao longo deste percurso deve aceitar o problema, e mobilizar a sua atenção para aquilo que o faz sentir bem consigo mesmo.

Considera-se igualmente importante desenvolver a autocompaixão dos pacientes para que estes consigam lutar contra o efeito do evitamento e da inadequação social.

Na prática seria importante primeiro dar a conhecer ao paciente o que é a depressão, para que este consiga perceber o “porquê” de ter determinados sintomas e que esta é uma patologia como qualquer outra que necessita de tratamento psicológico. É essencial desmistificar mitos que estão relacionados com a depressão, desconstruir estereótipos que provém da sociedade para que haja uma efetiva diminuição da adesão ao estigma pelos doentes. O facto de outras pessoas referirem que alguém com depressão é um “fraco” ou um “incompetente” é totalmente errada, pelo que é necessário no decorrer

das sessões que o psicólogo tenha a capacidade de ser tolerante ao ponto de saber “acolher” as angústias e pesadelos de quem é estigmatizado e de quem está fragilizado por sentir-se culpado de estar doente. O paciente ao sentir que não pertence à sociedade e que não consegue pertencer a um grupo acaba por isolar-se, é nesse ponto que o psicólogo deve trabalhar. O psicólogo deve utilizar a autocompaixão para reduzir os efeitos do estigma internalizado pelo doente, como, mostrar-lhe que deve ser menos autocritico consigo por sofrer de depressão, que o facto de sofrer desta doença não o impossibilita de procurar tratamento, que é tão digno de querer procurar apoio psicológico como qualquer outra pessoa.

Quanto à questão do evitamento, a autocompaixão é uma ferramenta emocional capaz de dar o suporte necessário ao doente, através das suas técnicas, para que ele possa enfrentar os vários contextos sociais a partir do momento em que começa a aceitar-se como é. Uma terapia com foco na compaixão leva o indivíduo a voltar a gostar dele próprio e a sentir que não deve evitar estar ou relacionar-se com os outros. É perfeitamente normal que o doente depressivo se encontre mais fragilizado e vulnerável, por isso, é necessário que o psicólogo dê estratégias ao doente para que este consiga aumentar o seu amor próprio, a autoestima e ganhar força de vontade para não permitir que o demasiado senso crítico afete ainda mais o seu estado emocional, que naturalmente está mais sensível.

7.1.4 Investigações futuras e limites do estudo

Até onde sabemos, não existe nenhum estudo que avalie a relação da autocompaixão, do autoestigma da depressão e do evitamento cognitivo-comportamental entre pacientes clinicamente depressivos. Sugere-se a realização de um estudo em indivíduos clinicamente depressivos, uma vez que iria permitir perceber quais os comportamentos adotados pelos doentes com um diagnóstico, e que estratégias com base na autocompaixão poderiam ser utilizadas para a intervenção. Como limitação deste estudo podemos referir o facto da amostra não ser uma população clínica, uma vez que foram avaliadas respostas de participantes que reportaram ter sintomatologia depressiva sem pertencerem a um grupo clínico.

Capítulo 8 - Conclusão

Considerando a pertinência e os resultados do estudo de Manos et al., (2009) surgiu a necessidade de abordar esta temática mostrando os efeitos do autoestigma da depressão na saúde psicológica e nos comportamentos de doentes depressivos adicionando as variáveis autocompaixão e o evitamento cognitivo-comportamental.

O estigma não só agrava os sintomas, como também tem um impacto muito significativo na procura de tratamento para a depressão e no evitamento dos doentes em se envolver e/ou participar nas mais variadas situações sociais. Decidimos também validar a escala de *Evitamento Cognitivo-Comportamental* e a *Escala de Autoestigma da Depressão*, uma vez que estes instrumentos ainda não tinham sido validados para a população portuguesa, tornando-se este procedimento importante para que no futuro se realizem mais estudos no nosso país sobre o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental utilizando estas escalas na população portuguesa.

Os resultados confirmam o objetivo principal. Após a análise, concluiu-se o que inicialmente se esperava, existe uma relação entre a autocompaixão, o autoestigma da depressão e o evitamento cognitivo-comportamental. A autocompaixão mostra ser um fator de proteção contra o autoestigma e contra o evitamento. Este dado é novo, uma vez que até ao momento, existem apenas estudos que revelam que a autocompaixão está negativamente relacionada com a sintomatologia depressiva (Gilbert & Procter, 2006; Leary et al., 2007) e o evitamento cognitivo-comportamental está positivamente relacionado com a depressão (Ottenbreit & Dobson, 2004). Os sintomas depressivos associam-se positivamente aos comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental como foi referido nos dados supramencionados da literatura. Também foi observado que quanto mais o indivíduo (em estado depressivo) internaliza o autoestigma da depressão, mais irá apresentar comportamentos de evitamento cognitivo-comportamental.

Capítulo 9 - Referências bibliográficas

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 107–118.
- Angermeyer M.C., Beck M., Dietrich S., Holzinger A. (2004) The stigma of mental illness: patient's anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153–162. <https://doi.org/10.1177/0020764004043115>
- Barajas, S., Garra, L., & Ros, L. (2017). Avoidance in anxiety and depression: adaptation of the cognitive-behavioral avoidance scale in a Spanish sample. *The Spanish journal of psychology*, 20. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.16>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2009). Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-61>.
- Bastos, L., Ferreira, D., & Guerra, A. (2014). Perturbação Depressiva. Lidel (Ed). *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 53- 56). Lidel
- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 47-65. <https://doi.org/10.1023/A:1005450908245>
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. John Wiley & Sons, Inc.
- Brion, J., Leary, M., & Drabkin, A. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, 19, 218-229. <https://dx.doi.org/10.1177/1359105312467391>
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Krieger, T., Altenstein, D., Doerig, N., Zimmermann, J., et al. (2015). Preliminary evidence for a nexus between rumination, behavioral avoidance, motive satisfaction and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(3), 232-239. <https://doi.org/10.1002/cpp.1885>
- Brown, K.W., & Ryan, R.M (2003). The benefits of being presente: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822- 848.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equations with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge.
- Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 63-86. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_3

- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201–222. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)
- Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 239-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 35– 53.
- Crisp, A., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7. <https://doi:10.1192/bjp.177.1.4>
- Crocker, J., Major, B., Steele, C. (1998), Social stigma. In: *The Handbook of Social Psychology* (eds Gilbert D, Fiske S, Lindzey G), pp. 504–553, McGraw-Hill.
- Curran, P., West, S., & Finch, J. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1 (1), 16-29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness – qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176>
- Dowd, A. & Jung, M. (2017). Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite*, 113, 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.023>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563-572. <https://doi.org/10.1037/a0019010>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115–118. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00073>

- Gerbing, D. W., & Anderson, J. C. (1984). On the meaning of within-factor correlated measurement errors. *Journal of Consumer Research*, *11*(1), 572-580. <https://www.jstor.org/stable/2489144>
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine*, *36*(3), 287–297. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006112>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*, 356-379.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Guanabara.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Halter, M. J. (2004). The stigma of seeking care and depression. *Archive Psychiatric Nursing*, *18*, 178–184.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A regression-based Approach Second Edition*. Guilford Publications.
- Hoaglin, D. C., & Iglewicz. (1987). Fine-Tuning Some Resistant Rules for Outlier Labeling. *Journal of the American Statistical Association*, *82*(400), 1147-1149. <https://doi.org/10.2307/2289392>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth The Struggle Toward Self-Realization*. Norton.
- Isen, A. M. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry*, *11* (3), 184–188.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology Science and Practice*, *8* (3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Joiner, T., & Coyne, J. (1999). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*: American Psychological Association.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus H., Miller, D.T., Scott, R.A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*, Freeman and Co.
- Judd, L. J. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 989-991. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230015002>

- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 221-229. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.2.221>
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., & Brondino, M. J. (2008). Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(9), 663–670. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318183f8af>
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30* (1), 865-878. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kirby, J.N., Tellegen, C.L., & Steindl, S.R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions, *Behaviour Therapy, 48*, 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd edition. The Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. [doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x)
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rossler, W. (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*(11), 553-556. <https://doi.org/10.1007/s001270170006>
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887–904.
- Leech, N., Barrett, K., & Morgan, G. (2015). *IBM SPSS for intermediate statistics*. LEA.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for Depression: Treatment manual. *Behavior Modification, 25*(2), 255-286. <https://dx.doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Wiley.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(2), 261-268. <https://doi.org/10.1037/ h0035142>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*, 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ :*

Canadian Medical Association Journal - Journal de l'Association Médicale Canadienne, 184(3), E191–E196. doi:10.1503/cmaj.110829

Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547–561. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.008>

Manos, R.C., Rusch, L.C., Kanter, J.W., & Clifford, L. M. (2009). Depression Self-Stigma As a Mediator of the Relationship Between Depression Severity and Avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(9), 1128-1143. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.9.1128>

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). Depression in context: Strategies for guided action. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 4(5), 201. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1366>

McKeon, P., Carrick, S (1991). Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8 (2), 116-121. <https://doi.org/10.1017/S0790966700015020>

McNair, B.G., Highet, N.J., Hickie, I.B., & Davenport, T. A. (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *Medical Journal of Australia*, 176 (10), 69-76. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04507>

Ministério da saúde, conselho nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental (2007). Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: Relatório da comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

Neff, K. D. (2003b,d). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self- concept. In J. Bauer & H. A. Wayment (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95-105). Washington DC: APA Books.

Neff, K. D. (2011). *Self-compassion*. HarperCollins.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (3), 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67* (1), 92-104. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.1.92>
- Ottensbreit N. D., & Dobson K. S. (2004). Avoidance and depression: The construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 292–313. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00140-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00140-2)
- Ottensbreit N. D., Dobson K. S., & Quigley L. (2014). An examination of avoidance in major depression in comparison to social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 56*, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.005>
- Ottensbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2008). Avoidance. In K. S. Dobson & D.J.A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 447–470). CA: Elsevier Academic Press.
- Overton, S., & Medina, S. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development, 86*, 143-151.
- Perreira da Silva, A. C. (2012). *Nova Escala Multi-Dimensional da Depressão: estudo preliminar para tradução e aferição da escala para a população portuguesa*. Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. ISPA, Lisboa. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2306>
- Phelan, J., Bromet E. J., & Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin, 24* (1) 115-126. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304>
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(2), 139-156.
- Quigley, L., Wen, A., & Dobson, K.S. (2017). Avoidance and depression vulnerability: An examination of avoidance in remitted and currently depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy, 97*, 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.015>
- Roethlin, P., Grosse Holtforth, M., Bergomi, C., Berking, M., & Caspar, F. (2010). Vermeidung und Depression: Die psychometrische Evaluation der deutschen Version der "Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS)". *Diagnostica, 56*, 46–55.
- Rössler, W., 2016. The stigma of mental disorders: a millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Rep. 17*, 1250–1253
- Röthlin P., Holtforth M. G., Bergomi C., Berking M., Ottensbreit N. D., & Caspar F. (2010). Vermeidung und depression: Die psychometrische evaluation der deutschen version der Cognitive-Behavioral Avoidance Scale (CBAS). [Avoidance and depression: The

- psychometric evaluation of the German version of the “Cognitive-Behavioral Avoidance Scale” (CBAS)]. *Diagnostica*, 56, 46–55. <http://doi.org/10.1026/0012-1924/a000008>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 629-651.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1156-1168. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.007>
- Tucker, J.R., Hammer, J.H., Vogel, D.L., Bitman, R.L., Wade, N.G & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- Van Hook, M.P. (1996). Challenges to identifying and treating women with depression in rural primary care. *Social Work in Health Care*, 23(3),73-92. https://doi.org/10.1300/J010v23n03_05
- Van Voorhees, B.W., Fogel, J., Houston, T.K., Cooper, L.A., Wang N.Y., & Ford, D.E. (2005). Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. *Annals of Family Medicine*, 3(1),38-46. <https://doi.org/10.1370/afm.273>
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical Psychology Review*, 30, 839–848. <https://doi:10.1016/j.cpr.2009.11.002>
- Williams, B., & Healy, D. (2001). Disclosure of minor mental health problems: an exploratory theoretical study. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1):108-116. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01827>
- Zessin, U., Dickhauser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: a meta-analysis, *Appl. Psychol. Health Well-Being*, 7 (3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

ANEXOS

Anexo A- Consentimento informado

*Questionário sobre relações interpessoais e realização
de tarefas*

Consentimento informado

Sou a Ana Sofia Lopes Rocheta, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Algarve. Estou a desenvolver uma investigação no âmbito da minha dissertação final de mestrado sob a orientação do Prof^o Doutor Jean-Christophe Giger.

Venho por este meio pedir a vossa colaboração no preenchimento deste questionário. O objetivo deste estudo é avaliar os processos psicológicos associados às relações interpessoais e à realização de tarefas. Destina-se a todas as pessoas maiores de 18 anos. Todas as informações recolhidas são totalmente **confidenciais** garantindo o **anonimato** do participante, sendo utilizadas exclusivamente para esta investigação.

A sua participação é voluntária e pode desistir do preenchimento do questionário em qualquer momento. A resposta a este questionário tem a duração aproximada de 15 minutos.

Não existem respostas certas ou erradas, pretende-se que responda com a maior sinceridade.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento e compreendi a informação acima descrita e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher os questionários que se seguem.

Data: ___/___/___

Rubrica do participante: _____

ANEXO B - Itens originais em inglês e tradução para português da *Escala de Evitamento Cognitivo-Comportamental (EECC)*

Itens		Subescalas
1	I avoid attending social activities.	CS
	<i>Eu evito participar em atividades sociais.</i>	
2	When uncertain about my future, I fail to sit down and think about what I really want.	CNS
	<i>Quando tenho dúvidas acerca do meu futuro, não consigo sentar-me e pensar no que realmente quero.</i>	
3	I would like to achieve things at work/school, but I have to accept my limits.	CNS
	<i>Eu gostaria de conseguir coisas no trabalho/escola, mas eu tenho que aceitar os meus limites.</i>	
4	I fail to do what is needed to follow through with achievement goals I have set for myself.	CNS
	<i>Não consigo fazer o que é necessário para cumprir as metas de realização que estabeleci para mim.</i>	
5	In order to avoid feelings of disappointment, I just try not to get too serious about work/school.	CNS
	<i>Para evitar sentimentos de desapontamento, eu tento apenas não levar o trabalho/a escola muito a sério.</i>	
6	Rather than try new activities, I tend to stick with the things I know.	CNS
	<i>Em vez de tentar novas atividades, eu tento a ficar com as coisas que já conheço.</i>	
7	I choose to turn down opportunities to further my education/career.	CNS
	<i>Eu escolho recusar oportunidades para promover a minha educação/carreira.</i>	
8	I do not answer the phone in case people are calling with social invitations.	CS
	<i>Eu não atendo o telefone, no caso das pessoas estarem a ligar com convites sociais.</i>	
9	I quit activities that challenge me too much.	CNS
	<i>Eu desisti de atividades que me desafiavam demais.</i>	
10	I try not to think about problems in my personal relationships.	CoS
	<i>Eu tento não pensar acerca dos problemas nos meus relacionamentos pessoais.</i>	
11	I think to myself that I will not be able to complete really challenging tasks.	CNS
	<i>Eu penso comigo mesmo que não serei capaz de completar tarefas realmente desafiadoras.</i>	
12	While I know I should make decisions about my personal relationships, I just let things go on as they are.	CNS

	<i>Embora eu saiba que devo tomar decisões sobre os meus relacionamentos pessoais, simplesmente deixo que as coisas continuem como estão.</i>	
13	I avoid trying new activities that hold the potential for failure.	CNS
	<i>Eu evito tentar novas atividades que possam o potencial de falhar.</i>	
14	I do not go out to events when I know there will be a lot of people I do not know.	CS
	<i>Eu não vou a eventos quando sei que haverá muitas pessoas que não conheço.</i>	
15	Instead of thinking about problems in my social life, I tell myself that I prefer to be alone.	CS
	<i>Em vez de pensar nos problemas da minha vida social, digo a mim mesmo que prefiro estar sozinho.</i>	
16	I fail to discuss/address tension that builds in a friendship	CoS
	<i>Não consigo discutir/abordar a tensão que constrói uma amizade.</i>	
17	I find that I often want to leave social gatherings.	CS
	<i>Acho que frequentemente quero sair de encontros sociais.</i>	
18	I do not try to think about ways to improve my work/school performance.	CNS
	<i>Eu não tento pensar acerca de formas de melhorar o meu desempenho no trabalho/na escola.</i>	
19	I try not to think about my future and what I will do with my life.	CNS
	<i>Eu tento não pensar no meu futuro e no que farei com a minha vida.</i>	
20	I just wait out tension in my relationships hoping that it will go away.	CoS
	<i>Nos meus relacionamentos eu apenas espero que a tensão passe, na esperança que ela desapareça.</i>	
21	I tend to make up excuses to get out of social activities.	CS
	<i>Eu tendo a inventar desculpas para sair de encontros sociais.</i>	
22	There is nothing I can do to improve problems in my relationships.	CoS
	<i>Não há nada que eu possa fazer para melhorar os problemas nos meus relacionamentos.</i>	
23	I turn down opportunities to socialize with the opposite sex.	CS
	<i>Eu recuso oportunidades de socializar com o sexo oposto.</i>	
24	I tend to remain to myself during social gatherings or activities.	CS
	<i>Eu tendo a permanecer virado para mim mesmo durante reuniões ou atividades sociais.</i>	
25	I avoid making decisions about my future.	CNS
	<i>Eu evito tomar decisões sobre o meu futuro.</i>	
26	When I experience confusion in my relationships, I do not try to figure things out.	CoS

	<i>Quando eu experiencio confusão nos meus relacionamentos, não procuro descobrir o porquê das coisas.</i>	
27	While I know that I have to make some important decisions about school/work, I just do not get down to it.	CoS
	<i>Embora eu saiba que tenho que tomar algumas decisões importantes acerca da escola/ do trabalho, eu simplesmente não o faço.</i>	
28	Rather than getting out and doing things, I just sit at home and watch TV.	CoS
	<i>Em vez de sair e fazer coisas, eu apenas me sento em casa e vejo TV.</i>	
29	I distract myself when I start to think about my work/school performance.	CNS
	<i>Eu distraio-me a mim próprio quando começo a pensar acerca do meu desempenho no trabalho/na escola.</i>	
30	I do not bother thinking about how to solve problems in my family – it is useless.	CNS
	<i>Não me incomodo a pensar em como resolver os problemas na minha família - é inútil.</i>	
31	I find myself avoiding tasks and assignments that are really important.	CNS
	<i>Eu vejo-me a evitar tarefas e atividades que são realmente importantes.</i>	
<p><i>Nota.</i> CS = Comportamental social; CNS = Comportamental não-social; CoS = Cognitivo social; CNS = Cognitivo não-social.</p>		

ANEXO C - Itens originais em inglês e tradução para português da *Escala de Autoestigma da Depressão (EAED)*

Itens			Subescalas
1	I would feel ashamed.	<i>Eu sentir-me-ia envergonhado(a).</i>	V
2	I would feel embarrassed	<i>Eu sentir-me-ia embaraçado(a).</i>	V
3	I would feel inferior to other people.	<i>Eu sentir-me-ia inferior a outras pessoas.</i>	V
4	I would feel disappointed in myself.	<i>Eu sentir-me-ia desapontado (a) comigo mesmo(a).</i>	V
5	I would think I should be able to cope with things.	<i>Eu acho que deveria ser capaz de lidar com as coisas.</i>	AC
6	I would think I should be able to 'pull myself together'.	<i>Eu acho que deveria ser capaz de "me recompor".</i>	AC
7	I would think I should be stronger.	<i>Eu penso que deveria ser mais forte.</i>	AC
8	I would think I only had myself to blame.	<i>Eu acho que só me culpo.</i>	AC
9	I would feel embarrassed about seeking professional help for depression.	<i>Eu sentir-me-ia embaraçado(a) em procurar ajuda profissional para a depressão.</i>	IPA
10	I would feel embarrassed if others knew I was seeking professional help for depression.	<i>Eu sentir-me-ia embaraçado se os outros soubessem que eu estava a procurar ajuda profissional para a depressão.</i>	IPA
11	I would see myself as weak, if I took antidepressants.	<i>Eu ver-me-ia como um fraco(a) se tomasse antidepressivos.</i>	IPA
12	I wouldn't want people to know that I wasn't coping.	<i>Eu não gostaria que as pessoas soubessem que eu não estou com capacidade para lidar adequadamente com as coisas.</i>	IPA
13	I would feel I couldn't contribute much socially.	<i>Eu sentiria que não poderia contribuir muito socialmente.</i>	IS
14	I would feel inadequate around other people.	<i>Eu sentir-me-ia inadequado em relação a outras pessoas.</i>	IS
15	I would feel like I was good company.	<i>Eu sentir-me-ia como se fosse uma boa companhia.</i>	IS
16	I would feel like a burden to other people.	<i>Eu sentir-me-ia como um fardo para as outras pessoas.</i>	IS

Nota. V - Vergonha; AC - Auto-culpa; IPA-Inibição na procura de ajuda; IS - Inadequação social