Universidade Portucalense Infante D. Henrique | Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto | Telefone: +351 225 572 000 | email: upt@upt.pt

Nome autor: Marisa Moreira

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Marisa Raquel Fernandes Moreira nº 34796

Impacto de uma intervenção breve focada na Compaixão no ajustamento psicológico dos estudantes do Ensino Superior

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Lara Palmeira

Ano letivo 2020/2021

DPE | UPT UNIVERSIDADE PORTUCALENSE
Do conhecimento à prática.

IMP.GE.72.1

DEPARTAMENTO PSICOLOGIA
E EDUCAÇÃO

Marisa Raquel Fernandes Moreira, nº 34796

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Impacto de uma intervenção breve focada na Compaixão no ajustamento psicológico dos estudantes do Ensino Superior

Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Portucalense Infante D. Henrique, realizado sob a supervisão da Prof. Doutora Lara Palmeira

Departamento de Psicologia e Educação

Julho, 2021

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Agradecimentos

Ao longo de mais uma etapa desafiante terminada, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que foram determinantes a orientação, a presença e o apoio e que contribuíram para a conclusão desta etapa tão importante para a minha vida.

Em primeiro lugar estou grata, à Professora Doutora Lara Palmeira, por todo o seu apoio, dedicação, sabedoria partilhada, pela forma incansável como atendeu sempre a todas as minhas dificuldades, pela sua disponibilidade e compreensão e por todo o incentivo.

Agradeço ainda à Professora Doutora Ana Xavier, por todo o apoio, empenho e disponibilidade demonstrados ao longo de todo o processo.

Um agradecimento especial aos meus pais, Abílio e Amélia, por serem os meus pilares. Por todo o apoio incondicional, pelos valores que me transmitiram, por estarem sempre presentes na minha vida e por serem os principais responsáveis por tudo isto se tornar realidade.

Agradeço ainda aos meus irmãos, André e Bruno e à minha madrinha Teresa, pelo carinho, confiança e incentivo ao longo de todo o percurso.

À minha família.

Ao meu namorado, Daniel, pela cumplicidade, compreensão, gestos de carinho e amor, pela confiança e segurança do seu abraço, das suas palavras de incentivo e de suporte. Obrigada por caminharmos juntos.

Aos meus amigos, que me acompanharam ao longo do meu percurso académico, obrigada por me ouvirem e por nunca me terem deixado duvidar que eu era capaz.

Não podia terminar sem mencionar o meu avô materno, avô Manuel, os meus avós paternos, avô Augusto e avó Alice e o meu tio, Jaime, que apesar de já não estarem presentes fisicamente, sei que eles estarão muito orgulhosos e felizes por ter alcançado mais este objetivo.

A todos, Muito Obrigada!

Resumo

O contexto universitário acarreta inúmeros desafios, podendo envolver muito stress, que pode levar ao surgimento de psicopatologia. O objetivo principal deste estudo é desenvolver e testar a eficácia de uma intervenção breve à distância focada na compaixão na redução do autocriticismo, stress e promoção de saúde mental em estudantes do ensino superior.

Neste estudo quasi-experimental participaram 117 estudantes universitários, dos quais, 68 aceitaram voluntariamente participar numa intervenção de 4 semanas, sendo aleatoriamente alocados num dos dois grupos de intervenção, um focado na gratidão (n = 32) e outro focado na compaixão (n =36). Os resultados revelaram que o eu inadequado se evidenciou como melhor preditor de níveis mais elevados de stress e pior saúde mental. Por outro lado, a capacidade de autotranquilização parece também ter uma influência positiva na saúde mental dos estudantes. Quanto à eficácia da intervenção verificou-se não existirem diferenças entre os dois grupos de intervenção, nem diferenças entre o pré e pós-teste na intervenção da compaixão em nenhuma das variáveis em estudo. Ainda que os resultados não corroborem a eficácia da intervenção neste formato, este estudo contribui para uma melhor compreensão da relação entre a compaixão, autocriticismo, stress e saúde mental bem como para o aperfeiçoamento da intervenção.

Palavras-Chave: Compaixão; Autocriticismo; Saúde Mental; **I**ntervenção breve; Estudantes do ensino superior.

Abstract

University is a challenging stage of life that can involve academic stress, which may lead to psychopathological symptoms. This study's main objective is to develop and test the effectiveness of a brief distance intervention focused on compassion in reducing levels of self-criticism, stress, and promoting mental health in college students.

This is a quasi-experimental study involving 117 college students, of which, 68 voluntarily agreed to participate in one of the two intervention groups, one focused on gratitude (n = 32) and the other focused on compassion (n = 36), for 4 weeks. Results from the regression analysis showed that self-criticism, particularly inadequate self was the best predictor of stress and poorer mental health. In turn, the ability to self-reassure the self was also a significant predictor of participants' mental health. Concerning the effectiveness results showed no statistically significant differences between the two intervention groups at pre and post-test for all study's variables. Also, no significant differences were found between pre and pos-for the compassion focused intervention group analysis. Although our results do not corroborate the effectiveness of the intervention, we believe that they contribute to a better understanding of the relationship between these constructs and for the intervention improvement.

Keywords: Compassion; Self-Criticism; Mental Health; Brief Intervention; Higher Education Students.

Índice

Introdução **1**

Enquadramento teórico **2**

Método **8**

Participantes 8

Procedimento 11

Instrumentos 13

Estratégia analítica 16

Resultados **18**

Análise preliminar dos dados 18

Parte I 18

Análise de correlação entre variáveis em estudo 18

Regressões Lineares Múltiplas Hierárquicas 19

Parte II 20

Análise descritiva das variáveis em estudo 20

Análise das diferenças entre grupos no pré-teste 21

Análise das diferenças entre grupos no pós-teste 22

Análise das diferenças entre pré e pós-teste da intervenção da Compaixão 22

Análise da Motivação, Utilidade e Frequência das Práticas 22

Discussão **24**

Conclusão **29**

Referências Bibliográficas **30**

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise descritiva e diferenças entre os participantes de ambos os grupos experimentais.
Tabela 2. Descrição das Sessões do Programa StressLess do grupo experimental da compaixão.
Tabela 3. Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis (N = 117).
Tabela 4. Análises de regressões múltiplas hierárquicas na explicação do stress (modelo 1) e saúde mental (modelo 2) para a mostra total (N = 117).
Tabela 5. Medidas descritivas do pré-teste e pós-teste numa amostra de estudantes universitários (N =68).
Tabela 6. Diferenças entre os dois grupos de intervenção no pré-teste recorrendo ao t-Student para amostras independentes.

Índice de Figuras

Figura 1. Fluxograma de seleção dos participantes.

Índice de Anexos

Anexo 1- Poster do projeto StressLess apresentado na ACBS: World Conference 2021.

Introdução

O presente relatório de dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

De acordo com a literatura a compaixão, demonstra-se como um forte preditor da saúde mental estando associado a resultados positivos na vida dos indivíduos, nomeadamente, um maior bem-estar emocional e psicológico. Sendo hoje consensualmente reconhecida a relevância de intervenções focadas na compaixão, que possam promover o bem-estar e a saúde mental. Neste sentido, o presente estudo tem como principal objetivo o desenvolvimento e teste da eficácia de uma intervenção breve à distância focada na compaixão para estudantes do ensino superior. A metodologia utilizada insere-se no tipo de investigação quantitativa.

A opção metodológica que orientou esta investigação baseou-se num estudo empírico quasi-experimental, sendo o método de amostragem não-probabilístico através de uma amostragem por conveniência

A presente dissertação encontra-se organizada em diferentes secções: A primeira secção é composta por um capítulo de enquadramento teórico que termina com a apresentação dos objetivos que conduzem o estudo. A segunda secção é dedicada à apresentação da metodologia utilizada nesta investigação, onde é exposto a caracterização e descrição dos participantes, o desenho que sustenta a investigação e procedimentos, instrumentos e as estratégias utilizadas para a analise de dados. Na terceira secção encontra-se a análise descritiva para caracterizar a amostra e são apresentados os resultados estatísticos obtidos no presente estudo, que se encontram divididos em duas partes. A primeira parte insere a análise de correlações de *Pearson*, para analisar a relação entre as variáveis em estudo e as análises de Regressão Linear Múltipla (Hierárquica), para explorar o contributo das variáveis preditoras para predizer as variáveis dependentes. A segunda parte engloba as estatísticas descritivas, para obter a média e o desvio padrão das variáveis em estudo; análise das diferenças entre grupos no pré e pós-teste; análise das diferenças entre o pré e pós-teste da intervenção da compaixão e a análise descritiva da utilidade, frequência e motivação dos participantes na realização das práticas, foram realizadas análises descritivas. A quarta secção engloba a discussão dos resultados tendo em conta a revisão de literatura e os resultados obtidos. A última secção é onde serão apresentadas as conclusões, incluindo as principais evidências empíricas e respetivas limitações, bem como a sistematização de implicações futuras para a investigação e intervenção.

Enquadramento teórico

De forma a clarificar e concetualizar o construto da compaixão, diversos modelos têm surgido, baseados em diferentes teorias, tradições e investigações (Gilbert, 2009; Neff, 2003a; Pommier, 2010; Underwood, 2009). O conceito de compaixão surge, ancorado no pensamento e filosofia budista (Gilbert, 2013), sendo relativamente recente na psicologia ocidental (Castilho & Gouveia, 2011). As filosofias budistas e orientais defendem que para conseguirmos desenvolver a capacidade de compaixão pelo próximo, devemos primeiramente começar por a cultivar em nós próprios, para depois alongar essa atitude para com os outros (Dalai Lama & Cutler, 2009 cited in Teixeira, 2015).

Já a psicologia ocidental, defende que a compaixão resulta da conjugação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos, que nos leva a percecionar o nosso sofrimento e o sofrimento dos outros (Gilbert, 2009). Por um lado, ser compassivo envolve adotar uma postura de compreensão e tolerância em relação ao sofrimento do próprio e dos outros, reconhecendo esse sofrimento como uma experiência comum a todos os seres humanos. Por outro lado, envolve a motivação e a adoção de ações no sentido de prevenir e/ou eliminar esse sofrimento, para atingir o bem-estar (Castilho & Gouveia, 2011). No entanto, a compaixão pode ser experienciada em três direções: autocompaixão, a compaixão pelos outros e receber compaixão dos outros (Gilbert, 2009).

Por outro lado, Neff (2003a), tendo em conta os princípios budistas, define a compaixão como a capacidade de estar complacente com o sofrimento dos outros, de forma a despertar em nós uma consciência equilibrada acerca do mesmo, não o evitando ou desligando-se dele, para que surjam espontaneamente sentimentos de bondade e o desejo de cuidar da pessoa, aliviando-lhe esse mesmo sofrimento. Neff (2003a), com base em doutrinas budistas, evidencia três componentes da autocompaixão que interagem entre si, sendo estes: (a) *calor/compreensão versus julgamento*, que diz respeito, à capacidade do indivíduo para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado autocrítico e punitivo; (b) *humanidade comum versus isolamento*, que implica compreender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior, não se sentido alienado ao seu próprio sofrimento; (c) e o *mindfulness versus sobre-identificação,* que implica uma abordagem equilibrada e aceitação das emoções negativas.

A investigação tem demonstrado que a compaixão é um forte preditor da saúde mental, do bem-estar e da resiliência (Chio et al., 2021; Cosley et al., 2010; Fredrickson et al., 2008; Gilbert & Procter, 2006; MacBeth & Gumley, 2012),

contribuindo assim para a diminuição da psicopatologia (Mongrain, et al., 2011; Strauss et al., 2016). Permite ainda a redução de comportamentos disruptivos em relação ao outro, ao possibilitar uma maior clareza e tomada de perspetiva (Goetz, et al., 2010; Singer & Steinbeis, 2009), desempenhando um papel essencial na manutenção de relacionamentos humanos saudáveis (Sayar, 2019 cited in Çevik & Tanhan, 2020). Estudos mostram que os indivíduos que são mais autocompassivos quando comparados com aqueles que não são, apresentam uma melhor saúde psicológica, bem-estar e resiliência (Neff, 2003b; Neff & Vonk, 2009), estando relacionada de forma positiva com a saúde e bem-estar psicológico (Umran, 2014), encontrando-se negativamente associada com a depressão, ansiedade, ruminação, perfecionismo, pensamentos automáticos negativos (Neff, 2003b), medo da avaliação negativa (Akin, 2008 cited in Umran & Akin, 2014).

A autocompaixão tem vindo a ser explorada como um processo de regulação emocional, demonstrando ter um efeito protetor para o surgimento do autocriticismo e desenvolvimento de psicopatologia. O autocriticismo concetualiza-se assim, como uma forma de autocondenação e autoavaliação negativa do indivíduo, perante situações de falha ou fracasso, assumindo assim, uma postura de julgamento e punição com a sua própria condição (Gilbert, 2005 cited in Castilho et al., 2010; Gilbert & Procter, 2006).

O autocriticismo pode surgir como um fator interno do stress (Gilbert & Procter, 2006), caracterizando-se como uma forma de relação do *eu* com o *eu*, em que uma parte do *eu,* encontra as falhas/imperfeições, julga ou eventualmente detesta, particularmente em situações de vida difíceis (Castilho, 2011). Neste seguimento o ser humano apresenta diferentes formas e funções de se autocriticar associado a diferentes emoções negativas (Gilbert et al., 2004). Relativamente às formas estas podem ser: sob a forma *eu inadequado,* associado à autocrítica, uma sensação de inadequação perante fracassos, tendo pensamentos bastante críticos sobre si, não conseguindo aceitar os erros ou falhas. A forma *eu detestado*, que alude para a autopunição, demonstrando sentimentos de ódio pelo *self*, podendo ter manifestações agressivas. No que diz respeito às funções, estas remetem às razões pelas quais os indivíduos se autocriticam. Podem agrupar-se em: *autocorreção* e o *autoataque/autoperseguição*. Na autocorreção o indivíduo procura o seu aperfeiçoamento, de forma a não cometer erros que lhe possam causar embaraço futuramente. No autoataque, o indivíduo tem um desejo de vingança, apresentando um desejo de eliminação de uma parte do *eu*, que este considera como fracassado e por isso deve ser eliminado. A função de autoataque é a mais patogénica, e encontra-se associada à psicopatologia (Gilbert et al., 2004).

Os estudos realizados no âmbito do construto do autocriticismo, fundamentam

que os indivíduos que possuem níveis mais elevados de autocriticismo, detêm maior vulnerabilidade para desenvolverem depressão e ansiedade, apresentarem menor bem-estar (Irons et al., 2006) e dificuldades interpessoais (Zuroff et al, 1994; Zuroff, Moskowitz & Cote, 1999 cited in Castilho e Pinto-Gouveia, 2011). Neste sentido, segundo Vaneaa e Ghizdareanub (2012, cited in Cabral et al., (2017), num estudo realizado com estudantes universitários, parece existir uma predisposição dos alunos para estabelecer padrões elevados de desempenho e a se autocondenarem quando acontece um desvio dos padrões que foram previamente estabelecidos, sendo que, quanto maior forem esses padrões maiores serão os níveis de autocriticismo.

Assim o autocriticismo tem vindo a ganhar, cada vez mais, a atenção e o relevo na área da investigação científica, bem como na prática clínica, sendo particularmente relevante no contexto académico, uma vez que, várias investigações indicam que 50% dos estudantes que frequentam o ensino superior apresentam sintomas de stress e sintomas psicopatológicos. Assim, torna-se fundamental a intervenção junto desta população, de forma a promover uma melhor saúde mental e o bem-estar (Brito & Ferreira, 2019; Cushman & West, 2006; Mondardo & Pedon, 2005; Mota et al., 2017; Rodrigues et al., 2019; Seco et al., 2005; Soares et al., 2011).

Tendo em consideração que a autocompaixão e a autotranquilização têm sido vistas como um antídoto para o autocriticismo e a relação deste, com o stress e a psicopatologia, uma intervenção baseada na terapia focada na compaixão poderá ser benéfica junto dos estudantes do ensino superior. A Terapia Focada na Compaixão (TFC), foi desenvolvida originalmente para indivíduos com elevados níveis de vergonha e de autocriticismo, geralmente provenientes de ambientes hostis (e.g., negligentes e abusivos; Andrews 1998; Kaufman, 1989; Schore 1998, cited in Gilbert, 2009), sendo que, os indivíduos que são submetidos a este tipo de experiências podem apresentar dificuldades em serem calorosos, compassivos e tranquilizadores consigo próprios (Gilbert, 2009). A TFC integra uma abordagem integrativa e transversal, com origem na psicologia evolucionária, social, desenvolvimental, nas neurociências e no budismo. Esta terapia pretende desenvolver no indivíduo, compreensão relativamente à forma como a nossa mente opera, com objetivo de promover a aceitação das suas experiências internas, ao invés de as tentar suprimir ou modificar, tendo como abordagem a compreensão do valor adaptativo das emoções (Gilbert, 2009).

Nesta perspetiva, a TFC adota um modelo tripartido dos sistemas de regulação do afeto, alinhado com a função evolutiva das emoções, que funcionam de forma integrada e interdependente. O sistema de defesa-ameaça tem como foco a deteção de ameaças e a ativação de respostas defensivas, encontrando-se presente em todas

as espécies animais e tem como intuito proteger-nos do perigo real ou imaginado, tendo associadas as emoções de raiva, ansiedade e nojo. Estes sentimentos fazem com que o indivíduo tome ações para fazer face a uma ameaça (e.g., proteção, luta e/ou submissão), sendo de extrema importância para a sobrevivência do ser humano (Gilbert, 2009). Este sistema está ligado à amígdala, que tem como função captar as coisas que são importantes para os indivíduos, nomeadamente, as que são ameaçadoras. O cortisol (hormona do stress) desempenha também um papel importante relativamente à nossa sensibilidade face a uma ameaça e da forma como a experienciámos (Gilbert, 2013).

O sistema focado na recompensa e na obtenção de recursos (associado a dopamina), tem como função a procura de recursos, desejos, motivação e satisfação das necessidades básicas. É um sistema de desejos que nos orienta para importantes objetivos de vida (Depue, 2005 cited in Gilbert, 2009), sendo responsável, pela ativação de sentimentos de energia, prazer ou entusiasmo (Gilbert, 2013). Este sistema pode ser desativado quando o indivíduo não procura recompensas sentindo-se satisfeito e seguro, demonstrando a presença de outro sistema de afeto positivo com efeitos distintos (Castilho, 2011).

O sistema de tranquilização, contentamento e ligação com o outro (*soothing*) foi desenvolvido no contexto das relações de vinculação da nossa espécie e dele derivam respostas emocionais de bem-estar, pertença/ligação e segurança (Gilbert, 2009), encontrando-se relacionado com o sistema de endorfinas e com a oxitocina. Quando o indivíduo sente afeto e tranquilidade dos outros, tende a ser mais criativo na resolução de problemas e a sentir-se mais seguro no seu dia-a-dia (Gilbert, 2013), desativando as emoções (e.g., raiva, ansiedade, tristeza) e comportamentos (e.g., agressão, fuga) relacionados com o sistema de ameaça-defesa. A sua função, para além de reduzir a ameaça, é conferir um sentimento de segurança e tranquilidade e de ligação com os outros (Gilbert, 2005 cited in Castilho, 2011). Este sistema engloba três propriedades: o da bondade, fornece sinais de cuidado e investimento, permitindo assim a quem recebe uma sensação interna de tranquilidade e segurança; sentimentos de calor e afeto que envolve a partilha de afeto positivo que estimula a expressão do gostar e afeição; e por último, o calor e o *soothing*, que emergem em determinados contextos, sendo mais prováveis quando os indivíduos se sentem seguros na proximidade com os outros. O objetivo da TFC é equilibrar a ativação dos sistemas de regulação do afeto, promovendo a ativação do sistema de tranquilização, contentamento e ligação com o outro (*soothing*). Ao estimular este sistema, procura-se desenvolver competências de autotranquilização, de autocompaixão e de ligação/prestação de cuidados aos outros, diminuindo sentimentos como a vergonha e o autocriticismo

(Gilbert, 2009).

A TFC tem demonstrado eficácia no tratamento de diversos quadros clínicos como: perturbações psicóticas (Braehler et al., 2012), perturbações alimentares (Gale et al., 2014) e perturbações da personalidade (Lucre & Corten, 2013), podendo trazer inúmeros benefícios para a saúde mental dos indivíduos, nomeadamente: redução da vergonha, autocriticismo, depressão, ansiedade e stress (Gilbert, 2009; Gilbert & Procter, 2006; McEwan & Gilbert, 2015).

O treino da mente compassiva (TMC) é entendido na TFC como uma prática específica, que procura desenvolver competências a nível físico e mental, destinadas ao desenvolvimento de atributos e habilidades compassivas (Gilbert, 2009). Estes são componentes que podemos escolher desenvolver ao longo das relações interpessoais que estabelecemos, mas, também a nível intrapessoal. O TMC inclui práticas que têm como objetivo trabalhar um conjunto de processos fisiológicos, nomeadamente: respiração, postura corporal, expressão facial, treino do tom de voz e de imagens, estando interligados com processos de sociabilidade, amizade e bem-estar (Keltner et al., 2014). Para além destas, este tipo de prática tem como foco a concetualização e o envolvimento de uma identidade compassiva, com certas qualidades, nomeadamente: a bondade, sabedoria, força e o compromisso (Matos et al., 2017), procurando assim, o desenvolvimento de habilidades capazes de gerar sentimentos de autossegurança, calor e autotranquilização, que podem ser utlizados em situações de ameaça ou medo (Gilbert & Procter, 2006).

Segundo a literatura as intervenções breves focadas no TMC demonstraram ter eficácia na diminuição dos níveis de stress, sintomatologia depressiva e ansiosa, na redução de comportamentos submissos, de vergonha e autocriticismo, diminuição de ataques de pânico, insónia, insatisfação corporal, fibromialgia, assim como, no aumento da capacidade de autotranquilização e compaixão pelo *eu* (Andersson & Titov, 2014; Carlbring et al., 2017; Castilho, 2011; Krieger et al., 2016, 2019; Matos et al., 2017, 2018) e de bem-estar (Austin et al., 2020, Krieger et al., 2019). Para além disso, as intervenções breves em formato online têm vindo a demonstrar resultados promissores para uma variedade de problemas psicológicos e na sua prevenção (Andersson, 2016), sendo tanto eficazes como as intervenções presenciais (Carlbring et al., 2017; Matos et al., 2018).

Estudos recentes particularmente com estudantes universitários, demostraram a eficácia das intervenções breves em formato online e/ou presencial focadas no TMC sobretudo, ao nível da redução do stress, da ansiedade e da depressão, do autocriticismo, do perfecionismo desadaptativo, da vergonha, da inferioridade, do medo e da ruminação (Celine et al., 2018; Matos et al., 2017, 2018; McEwan & Gilbert,

2015; Petrocchi & Ottaviani, 2015; Rose et al., 2018). Estas intervenções apresentam algumas vantagens, nomeadamente: os indivíduos não se sentirem estigmatizados; haver um maior acesso aos instrumentos; e de poder chegar a mais indivíduos independentemente do local onde se encontram (Andersson & Titov, 2014). Para além disso, indivíduos com altos níveis de autocriticismo, podem apresentar maior relutância em procurar apoio de forma presencial, com receio de serem julgados e como consequência preferem sofrer muitas vezes em silêncio, isolando-se (Krieger et al., 2016). Este tipo de intervenção pode ser igualmente útil para esta população em específico, uma vez que, são intervenções mais económicas e eficientes em termos de tempo comparados com intervenções mais intensivas (Matos et al.,2018).

No presente estudo pretende-se desenvolver uma intervenção online de baixa intensidade, tendo em consideração o contexto de pandemia em que vivemos atualmente. Assim é cada vez mais importante fazermos chegar intervenções que possam promover o bem-estar e serem úteis para as pessoas, particularmente num contexto em que sabemos que tem graves consequências para a saúde mental. A quarentena relacionada com a pandemia Covid-19, originou e continua a provocar uma série de riscos para a saúde mental. Segundo alguns estudos o isolamento, em específico, gerou ou agravou alguns sintomas psicopatológicos como: depressão, ansiedade, stress (Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020), sintomas de stress pós-traumático, confusão e raiva associados à situação de pandemia (Brooks et al., 2020). Os estudantes universitários são considerados segundo a literatura um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, apresentando níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress (Adlaf et al., 2001; Ibrahim et al., 2013).

Neste contexto e tendo em consideração o que a investigação tem demonstrado, nasce a necessidade deste estudo, tendo como principais objetivos: o desenvolvimento e estudo de eficácia de uma intervenção breve à distância focada na compaixão na redução dos níveis de autocriticismo, psicopatologia e promoção do bem-estar em estudantes do ensino superior. De modo mais específico o presente estudo encontra-se dividido em duas partes. Numa primeira parte os objetivos são: estudar a relação entre a autocompaixão, compaixão pelos outros, autocriticismo, stress e a saúde mental. Procura-se ainda, estudar o contributo do eu detestado, eu inadequado e eu tranquilizador enquanto preditores do stress e da saúde mental. Na segunda parte os objetivos passam por: examinar as diferenças entre grupos de intervenção no pré-teste e pós-teste; avaliar se após a intervenção da Compaixão os participantes apresentam melhorias na Compaixão, redução do stress e melhoria da saúde mental; e avaliar a frequência, utilidade, motivação para as práticas durante a intervenção.

Método

Participantes

No presente estudo a amostra foi constituída por 117 dos quais, 68 são os participantes que voluntariamente aceitaram participar no programa, sendo estes aleatorizados para a constituição dos dois grupos de intervenção (cf. Figura 1). Para a presente amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) serem estudantes do ensino superior, de ambos os géneros; b) com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos; e c) com acesso à internet.

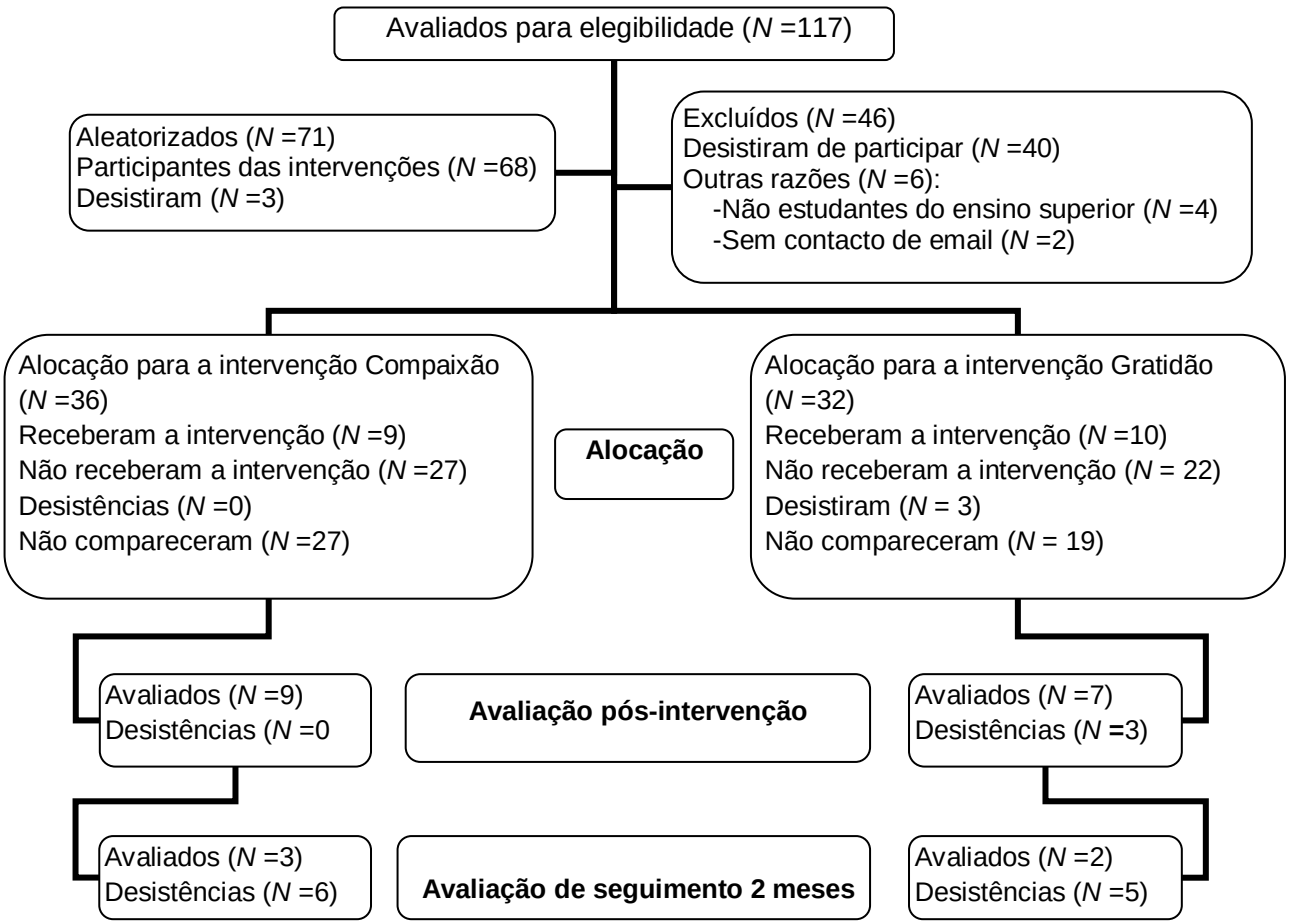

Figura 1. *Fluxograma de seleção dos participantes.*

Neste sentido através da análise do fluxograma, podemos concluir que a taxa de *dropout* do estudo ronda os 29.4%, o que significa que por motivos de desistência os participantes não iniciaram a intervenção.

Considerando a amostra total (*N* =117), 99 participantes (84.6%) são do sexo feminino e 18 (15.4%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 (*M* = 22.32; *DP* = 4.01). Os anos de escolaridade dos participantes encontram-se compreendidos entre os 13 e os 18 anos (*M* = 14.61; *DP* = 1.34). Não foram verificadas diferenças de género relativamente à idade dos participantes, *t*(115) = -1.421, *p* =.158, *d* = -.36, sendo que também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na idade em função dos anos de escolaridade, *t*(115) = -1.165, *p* =.246, *d* =-.29. No que se refere ao estado civil, a maioria dos estudantes são solteiros (96.6%), sendo que não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o género e o estado civil, $\chi^2(1) = .753$, *p* =.386, *V* =.08.

Relativamente à nacionalidade, a maior parte dos estudantes é de nacionalidade portuguesa (94%) e apenas três participantes são de nacionalidade brasileira (2.6%), outros três de nacionalidade espanhola (2.6%), e um participante é de nacionalidade luxemburguesa (0.9%). Não há uma associação estatisticamente significativa entre o género e a nacionalidade, $\chi^2(3) = 1.470$, *p* =.689, *V* =.11. A maioria dos participantes reside atualmente numa zona urbana (57.3%), sendo que também não há uma associação estatisticamente significativa entre o género e a zona de residência, $\chi^2(1)$ =.768, *p* =.381, *V* =.08.

Em relação aos cursos, a maioria dos estudantes pertence ao curso de Psicologia (32.5%), seguindo-se o curso de Direito (12%), o de Gestão (7.7%), de Solicitadoria (6%), entre outros cursos na sua maioria das ciências sociais. Não há uma associação estatisticamente significativa entre o género e o curso, $\chi^2(23)$ = 31.246, *p* =.117, *V* =.52. No que respeita ao estatuto de trabalhador/estudante dos participantes, a sua maioria refere não ter estatuto (79.5%). Não há uma associação estatisticamente significativa entre o género e o estatuto de trabalhador/estudante, $\chi^2(1) = .689$, *p* =.407, *V* =.08.

No que concerne com as preocupações atuais sobre a saúde mental, 86 participantes (73.5%) apresentam preocupações e 31 participantes (26.5%) não apresentam preocupações. Sendo que não há uma associação estatisticamente significativa entre o género e a preocupação com a saúde mental, $\chi^2(1) = 3.519$, *p* =.61, *V* =.17. Quando questionados sobre o acompanhamento psicológico 105 participantes (89.7%), responderam que não têm, enquanto outros 12 participantes (10.3%), assinalaram que têm acompanhamento, sendo que também não há uma associação estatisticamente significativa entre o género e o acompanhamento psicológico, $\chi^2(1)$ =.017, *p* =.897, *V* =.01.

Na Tabela 1, são apresentadas as variáveis sociodemográficas dos dois grupos de intervenção, sendo que é possível verificar os grupos de intervenção são

equivalentes, não existindo assim, diferenças entre os grupos.

Tabela 1.

Análise descritiva e diferenças entre os participantes de ambos os grupos experimentais.

		Grupo Gratidão (*N* = 32)	**Grupo Compaixão (*N* = 36)**			
Variáveis		*M* (*DP*)	*M* (*DP*)	*t*	*p*	*d*
Idade		22.00 (5.00)	23.14 (4.18)	1.022	.483	.25
Anos de escolaridade		14.41 (1.46)	14.72 (1.30)	.945	.481	.23
Variáveis		*n* (%)	*n* (%)	χ^2	*p*	*V*
Género	Feminino	27 (84.4)	30 (83.3)	.014	.907	.01
	Masculino	5 (15.6)	6 (16.7)			
Estado Civil	Solteiro	31 (96.9)	34 (94.4)	.237	.626	.06
	Casado/União de facto	1 (3.1)	2 (5.6)			
Nacionalidade	Portuguesa	30 (93.8)	33 (91.7)	.911	.823	.12
	Espanhola	1 (3.1)	1 (2.8)			
	Brasileira	1 (3.1)	1 (2.8)			
	Luxemburguesa	0	1 (2.8)			
Zona de Residência	Urbana	19 (59.4)	22 (61.1)	.021	.884	.02
	Rural	13 (40.6)	14 (38.9)			
Estatuto Trabalhador-Estudante	Sim	8 (25.0)	10 (27.8)	.067	.796	.03
	Não	24 (75.0)	26 (72.2)			
Tem alguma preocupação com a saúde mental?	Sim	24 (75.0)	28 (77.8)	.073	.788	.03
	Não	8 (25.0)	8 (22.2)			
Tem algum acompanhamento psicológico?	Sim	6 (18.8)	3 (8.3)	1.601	.206	.15
	Não	26 (81.3)	33 (91.7)			

Procedimento

A opção metodológica que orientou esta investigação baseou-se num estudo empírico quasi-experimental, integrado num projeto mais amplo, que tem como objetivo testar a eficácia de duas intervenções breves, uma focada na gratidão e outra na compaixão para os estudantes do ensino superior, em que os participantes foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos de intervenção: um recebe o treino da gratidão e o outro grupo recebe o treino da compaixão. O presente estudo de dissertação focou-se no grupo de participantes que fizeram a intervenção da compaixão, que foram avaliados em dois momentos: pré e pós-intervenção. O método de amostragem foi não-probabilístico através de uma amostragem por conveniência.

Ambas as intervenções foram desenvolvidas online num site construído para esse efeito, sendo a recolha de dados realizada através do *googleforms* e divulgado nas redes sociais e sistemas de comunicação da Universidade Portucalense. Previamente ao preenchimento do protocolo de avaliação foram explicados os procedimentos e os objetivos do estudo, bem como a natureza voluntária e confidencial da participação, sendo solicitado aos participantes o seu consentimento informado. A recolha de dados realizou-se de forma anónima e confidencial, exclusivamente para efeitos de investigação. Para assegurar o anonimato dos dados foi criado um sistema de código para assim permitir o emparelhamento dos mesmos nos vários momentos de avaliação. Na recolha de dados realizada no pré-teste, foi apenas pedido aos participantes um elemento de contacto, nomeadamente o seu e-mail, para que fosse possível enviar notificações sobre as sessões de intervenção.

O programa *Stress Less*, focou-se no treino online de práticas de compaixão em estudantes do ensino superior, cuja investigação tem demonstrado ser eficaz na promoção do bem-estar psicológico e fisiológico (Matos et al., 2017, 2018). A duração do programa correspondeu a 4 semanas (1 sessão por semana), tendo como objetivo: a redução da psicopatologia, autocriticismo e a promoção do bem-estar. A primeira sessão foi realizada à distância, foi uma sessão de Psicoeducação (sessão síncrona), através da plataforma *zoom* e teve como objetivo dar a conhecer o programa e a equipa, explicar os efeitos do *stress* e do *burnout*, bem como, os benefícios das práticas da compaixão e guiar os participantes através de duas práticas. Os participantes foram ainda informados que a equipa estaria sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir, através do e-mail criado para esse efeito. Todas as outras sessões foram colocadas no site criado para o efeito (https://projetostresslesscomp.weebly.com/), para que os participantes pudessem ter acesso às práticas semanalmente, pudendo realizar as mesmas sempre que o

desejassem. Antes de cada sessão os participantes receberam um e-mail com instruções de como aceder à sessão seguinte. No final de cada sessão, os participantes preencheram um breve questionário, sobre o seu feedback em relação à sua experiência, motivação e utilidade das práticas. Na tabela 2 encontra-se uma breve descrição do conteúdo das sessões, dos objetivos e práticas que compõem o programa da intervenção focada na Compaixão (cf. Tabela 2).

Em relação à intervenção focada na Gratidão, o programa cumpriu a mesma duração, tendo também sido realizada uma sessão de psicoeducação inicial (Sessão 1). Salienta-se que ambas as intervenções realizaram esta sessão inicial em dois dias distintos, de forma a oferecer uma maior margem de adesão dos participantes, tendo sido realizadas em simultâneo, cumprindo o mesmo horário através da mesma plataforma. As práticas selecionadas são idênticas em ambas as intervenções em termos de duração e tipo de práticas, tendo sido organizadas de forma gradual, no que concerne ao seu grau de dificuldade e exigência necessária. Deste modo, a estrutura da intervenção focada na gratidão, bem como as suas práticas foram aptadas de Bohlmeijer e colaboradores, 2020. A sessão 1 insere a prática "*Diário de Gratidão*", que tem como intuito permitir uma reflexão mais pormenorizada sobre a rotina diária, destacando eventos que façam os indivíduos sentirem-se gratos. A sessão 2 insere a prática "*Expressar* gratidão", em que o objetivo consiste em elaborar uma carta a alguém especial, pelo qual o indivíduo se sente grato. A sessão 3 engloba a prática **"***Mudar de perspetiva*", que procura remeter a perspetiva do indivíduo para uma perspetiva diferente, ou seja, procura que o sujeito se coloque numa posição diferente e procurar refletir sobre como seria. A sessão 4 insere as práticas: *"Apreciar as coisas boas da vida - memórias de gratidão*" e "*Atitude de gratidão na vida*", que procuram remeter para a recordação de memórias positivas e para a apreciação das coisas simples da vida.

Tabela 2.

Descrição das Sessões do Programa StressLess do grupo experimental da compaixão.

Sessão	Objetivos	Práticas
1	Psicoeducação (Sessão síncrona) sobre a Compaixão; Ativação do sistema de tranquilização.	• *"Respiração Tranquila"* • *"Lugar Seguro"*
2	Construção de um eu compassivo; Ser capaz de desenvolver uma atitude compreensiva, de compaixão, tolerância, bondade e encorajamento perante situações difíceis de falhas ou adversidades.	• *"Eu Compassivo"*
3	Oferecer compaixão ao outro e ao próprio; Ser capaz de trazer à mente qualidades compassivas e ativá-las, imaginando ser compassivo em relação aos outros e a nós mesmos.	• "*Loving Kindness*"
4	Oferecer Compaixão pelo próprio num momento difícil; Ser capaz de se apoiar e encorajar mediante situações difíceis e desafiantes.	• *"Eu no meu melhor"* • *"Carta compassiva"*

Os exercícios foram adaptados de Gilbert 2005, 2010

Instrumentos

Escala de Atributos e Ações Compassivas (EAAC; Gilbert et al., 2017)

É um instrumento de autorresposta, que avalia várias direções da compaixão em momentos de sofrimento ou dificuldade. Este instrumento é composto por três escalas: *Escala de Autocompaixão* (EAA), *Escala de Compaixão pelos Outros* (ECO-A) e *Escala de Receber Compaixão dos Outros* (ERC-A), sendo que no presente estudo só irão ser utilizadas as escalas: *Escala de Autocompaixão* (EAA) e a *Escala de Compaixão pelos Outros* (ECO-A). Cada escala engloba duas subescalas, sendo estas: Atributos compassivos (capacidade para lidar com o sofrimento com uma atitude de calor, compreensão e aceitação- 8 itens) e Ações Compassivas (forma como o indivíduo lida com emoções e pensamentos negativos em situações de dificuldade- 5 itens). Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 10 pontos, em que 1 corresponde a "*Nunca"* e 10 a "*Sempre*". A *Escala de Autocompaixão*, mede a compaixão dirigida ao *eu* em situações de dificuldade e sofrimento (e.g., *"Tolero*

vários sentimentos que fazem parte do meu sofrimento" - subescala atributos; *"Ajo e faço as coisas que serão úteis para mim"* - subescala ações). A *Escala de Compaixão pelos outros*, mede a sensibilidade ao sofrimento dos outros, ou seja, de que forma o indivíduo é capaz de ser compassivo perante as dificuldades, aliviando o sofrimento do outro (e.g., *"Noto e sou sensível aos sentimentos negativos dos outros quando surgem"* - subescala atributos; *"Dirijo a minha atenção para o que poderá ajudar"* – subescala ações; Gilbert et al., 2017).

Os valores da consistência interna na versão portuguesa para a *Escala da Autocompaixão* (EAA), subescala atributos é de α =.77 e para subescala ações é de α =.90. Para a *Escala de Compaixão pelos Outros* (ECO-A), subescala atributos é de α =.90 e para a subescala ações é de α =.94. No presente estudo, os valores consistência interna obtidos no pré-teste na *Escala da Autocompaixão* (EAA) é de α =.61 para a subescala atributos e para a subescala ações é de α =.87. Para a *Escala de Compaixão pelos Outros* (ECO-A) os valores de consistência interna obtidos foram de α =.81 para a subescala atributos e para a subescala ações de α =.86. Os valores consistência interna obtidos para o pós-teste, para a *Escala da Autocompaixão* (EAA) foram de α =.66 para a subescala atributos e para a subescala ações de α =.92. Na *Escala de Compaixão pelos Outros* (ECO-A) os valores de consistência interna obtidos foram de α =.78 para a subescala atributos e para a subescala ações de α =.90.

Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização (FSCRS; Gilbert et al., 2004, versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011)

É um instrumento de autorresposta composto por 22 itens, que procuram avaliar as diferentes razões pelo qual as pessoas se se autocriticam e auto-tranquilizam em situações de fracasso, falha ou insucesso. Encontra-se dividida em três subescalas: (i) *Eu inadequado* (9 itens), que avalia as sensações de inadequação ou inferioridade do *eu* perante o fracasso, obstáculos e erros (e.g., *"Penso que mereço o meu autocriticismo"*); (ii) *Eu tranquilizador* (8 itens), que remete para um comportamento mais positivo, de conforto, compaixão e tranquilização pelo *eu*, face a um erro ou falha (e.g., *"Continuo a gostar de quem sou"*); (iii) e o *Eu detestado* (5 itens), que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada num sentimento de autorrepugnância, ódio ou perseguição ao *eu* perante fracasso e erros (e.g., *"Fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo"*). Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, podendo as respostas variar entre 0 (”*Não sou assim*”) a 4 (”*Sou extremamente assim*”). A medida permite obter o resultado total de autocriticismo, que corresponde ao somatório das pontuações que

foram obtidas nas subescalas *eu inadequado* e *eu detestado*, e resultados parciais, para cada subescala constituinte. Os valores da consistência interna na versão portuguesa foram de α =.89 para a subescala *Eu inadequado*, α =.87 para a subescala *Eu tranquilizador* e α =.62 para a subescala *Eu detestado* (Castilho & Gouveia, 2011). No presente estudo, os valores consistência interna obtidos para o pré-teste, foram de α =.85 para a subescala *Eu inadequado,* α =.75 para o *Eu detestado* foram de α =.81 para a subescala *Eu tranquilizador*. No que refere ao pós-teste, os valores da consistência interna obtidos para *Eu inadequado* foram de α =.91 e para o *Eu detestado* foram de α =.75 e para a subescala *Eu tranquilizador* foram de α =.91.

Escala de Stress Percebido (PSS; Cohen et al., 1983, versão portuguesa de Trigo et al., 2010)

É um dos instrumentos de autorrelato mais utilizados na avaliação global do stress, permitindo determinar até que ponto os acontecimentos de vida são indutores de stress, em consequência, do seu caracter imprevisível e incontrolável. Existem várias versões deste instrumento, neste estudo será utilizada uma versão de 10 itens, formulados numa escala de *Likert*, podendo as respostas variar entre 1 (”*Nunca*”) e 5 (”*Muitas vezes*”), sendo que o valor total varia de 0 pontos a um máximo de 40 pontos. As questões são dirigidas às emoções e sentimentos verificados durante o último mês (e.g., “*No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?*”; “*No último mês com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?*”). Apresenta adequadas qualidades psicométricas, sendo os valores da consistência interna na versão portuguesa de α =0.87 (Trigo et al., 2010). No presente estudo, os valores consistência interna obtidos para o pré-teste foi de α =.94, sendo que para o pós-teste foi de α =.89.

Inventário de saúde mental (MHI; Veit & Ware, 1983 versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2001)

É um instrumento de autorresposta, que tem como principal objetivo o foco em sintomas psicológicos de humor e ansiedade, perda de controlo sobre sentimentos, pensamentos e comportamentos, sendo muitas vezes utilizado como instrumento de rastreio. Para este estudo foi utilizada a versão reduzida que é constituída por cinco itens, três relativos à escala do *Distresse* (e.g., “*Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?*”) e dois relativos à escala de bem-estar psicológico (e.g., “*Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo,*

de tal modo que nada o conseguia animar?") (Ribeiro, 2001). Os itens estão formulados numa escala tipo *Likert*, podendo as respostas variar entre 1 ("*Nunca*") e 6 ("*Sempre*"), sendo que o valor máximo corresponde a 30 pontos e o mínimo a 5 pontos. Pontuações mais elevadas traduzem menores níveis de saúde mental. Os valores da consistência interna na versão portuguesa de α =.96 (Pais- Ribeiro, 2001). No presente estudo, os valores consistência interna obtidos para o pré-teste foi α =.77, sendo que para o pós-teste foi de α =.87.

Questionário de monitorização da prática semanal

Foi solicitado aos participantes que avaliassem a sua prática semanal, a nível da sua frequência, utilidade e motivação (e.g., "*Quantas vezes praticou os exercícios durante esta semana?*"), sendo os itens respondidos numa escala *likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a Nenhuma vez, 2 a 1/2 vezes por semana, 3 a 3/4 vezes por semana, 4 a 5/6 vezes por semana e 5 a 7 ou mais vezes por semana; a utilidade das práticas de compaixão (e.g., "*O que achou dos exercícios desta semana?"*), sendo os itens respondidos numa escala tipo *likert* de 10 pontos, em que 1 correspondia a Inútil e 10 a Muito Útil; e a motivação para realizar as práticas (e.g., "*Até que ponto estava motivado/a para realizar estes exercícios?*"), sendo que itens respondidos numa escala de tipo *likert* de 10 pontos, com uma chave de resposta cujas hipóteses são: Nada Motivado a Muito Motivado.

Estratégia analítica

A análise estatística dos resultados foi efetuada através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 27. Para efeitos de descrição da amostra em termos de dados sociodemográficos recorreu-se à estatística descritiva, com cálculo de médias e desvios-padrão em relação às variáveis continuas e frequências e percentagens no que respeita às variáveis categoriais. As consistências internas foram calculadas para todos os instrumentos com recurso ao cálculo de coeficientes *alpha* de *Cronbach*.

Para avaliar os Pressupostos da Normalidade da distribuição dos dados foram realizados testes *Kolmogorov-Smirnov* e a avaliação dos valores de assimetria e curtose, sendo que os valores recomendados de assimetria e curtose são <3 e <8, respetivamente (Kline, 2005). Foi também avaliada a homogeneidade das variâncias nos dois grupos de intervenção através do teste de *Levene*.

Foram realizados Testes *t* de *Student* para amostras independentes no sentido de analisar as diferenças entre o género e a idade dos participantes e entre a idade e anos de escolaridade. No que se refere à análise de medida do efeito, foi calculado através do *d* de Cohen (1988) em que os valores inferiores a .5 indicam um efeito pequeno; de .5 a .7 um efeito moderado e superiores a .8 um efeito grande.

A comparação de proporções para as variáveis qualitativas foi realizada através do teste do χ^2 (Qui-Quadrado) e o tamanho do efeito foi avaliado através do V de *Cramer*.

Na primeira parte do estudo foram analisadas correlações de *Pearson* para analisar a relação entre as variáveis em estudo. Tendo em consideração os critérios de Cohen (1988) para avaliar as magnitudes das correlações considerou-se: correlações inferiores a r = .29 são consideradas fracas, correlações entre r =.30 e .49 moderadas e correlações superiores a r =.50 são consideradas fortes. Posteriormente, foram realizadas análises de Regressão Linear Múltipla (Hierárquica), para explorar o contributo das variáveis preditoras (e.g., eu detestado; eu inadequado; eu tranquilizador), na predição das variáveis dependentes (e.g., saúde mental e o stress).

Na segunda parte foram realizadas estatísticas descritivas, para obter a média e o desvio padrão das variáveis em estudo. Neste seguimento, foram ainda realizados Testes *t* de *Student* para amostras independentes no pré-teste para comparações entre os dois grupos de intervenção. De modo a verificar se existem diferenças entre os grupos de intervenção no pós-teste e tendo em consideração o reduzido número de participantes, foi realizado o teste não paramétrico de *U* de *Mann-Whitney*. O teste não paramétrico de *Wilcoxon* foi utilizado com o objetivo de verificar se existem diferenças nas variáveis em estudo no pré e pós-teste na intervenção ficada na Compaixão. Foi avaliado o tamanho do efeito através do eta *square* (η^2), valores de η^2 de .01 correspondem a um tamanho de efeito pequeno, valores de η^2 de .06 indicam um tamanho de efeito médio e valores de η^2 de .14 foram considerados com uma magnitude de efeito grande (Tabachnick & Fidell, 2007). Por fim, como forma de avaliar a utilidade, frequência e motivação dos participantes na realização das práticas foram realizadas análises descritivas.

Resultados

Análise preliminar dos dados

Relativamente a análise preliminar dos dados, verificou-se que as variáveis autocompaixão (K-S (117) = .082, *p* =.049), compaixão pelos outros (K-S (117) = .081, *p* =.054), eu detestado (K-S (117) = .186, *p* <.001), eu inadequado (K-S (117) = .061, *p* =.200), eu tranquilizador (K-S (117) = .066, *p* =.200), stress (K-S (117) = .177, *p* <.001) e saúde mental (K-S (117) = .066, *p* =.200), apresentam uma distribuição aproximadamente normal, estando valores de curtose e assimetria dentro dos indicadores de valores aceitáveis, ou seja, |Sk| < 3 e |Ku| < 8 (Kline, 2005), não representando assim um enviesamento sério ou comprometedor, no que diz respeito à distribuição normal.

Parte I

Análise de correlação entre variáveis em estudo

De forma a compreender se existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo foram realizadas correlações de *Pearson* para a amostra total (cf. Tabela 3).

Tabela 3.

Coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis (N = 117).

	1	2	3	4	5	6	7
1.Autocompaixão	-	.32**	-.43**	-.40**	.61**	-.36**	-.41**
2.Compaixão pelos outros		-	-.23**	-.01	.24**	.14	-.02
3.Eu detestado			-	.56**	.56**	.24*	.29**
4.Eu inadequado				-	-.38**	.45**	.48**
5.Eu tranquilizador					-	-.24**	-.47**
6.Stress						-	.45**
7. Bem-estar							-

*Nota. * p < .05; ** p < .01*

Como podemos verificar na tabela 3, a autocompaixão demonstrou ter associações positivas, estatisticamente significativas, moderadas a fortes, com o eu tranquilizador e com a compaixão pelos outros. Por outro lado, a autocompaixão demonstrou associações negativas, moderadas e estatisticamente significativas com o eu inadequado, com o stress e com o bem-estar.

Foi ainda encontrada uma correlação estatisticamente significativa, positiva e fraca entre a compaixão pelos outros e o eu tranquilizador. No entanto, a compaixão pelos outros demonstrou uma associação negativa, fraca e estatisticamente significativa com o eu detestado. Não estando estatisticamente correlacionada com o eu inadequado, stress, nem com o bem-estar.

O eu detestado encontra-se positivamente relacionado com o stress e com o bem-estar, apresentando uma associação de magnitude fraca, mas estatisticamente significativa.

Relativamente ao eu inadequado, encontra-se positivamente relacionado com o eu detestado, com o stress e com pobre saúde mental, tendo associações de magnitude moderada a forte e com resultados estatisticamente significativos. Por outro lado, foi encontrado uma associação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre o eu inadequado e o eu tranquilizador.

O eu tranquilizador, encontra-se negativamente relacionado com pobre saúde mental e stress, tendo associações de magnitude fraca a moderada e com resultados estatisticamente significativos.

Por último, o stress encontra-se positivamente relacionado com o bem-estar, apresentando assim uma associação de magnitude moderada e estatisticamente significativa.

Regressões Lineares Múltiplas Hierárquicas

Foram realizadas duas Regressões Múltiplas Hierárquicas, para predizer o stress e a saúde mental. Nestas regressões consideraram-se as seguintes variáveis preditoras: eu detestado; eu inadequado; eu tranquilizador. O modelo 1 diz respeito diz respeito à variável stress e a segunda regressão à predição da saúde mental. Os resultados da avaliação dos pressupostos confirmam a inviolabilidade da normalidade, linearidade e independência dos resíduos. Não foram encontrados *outliers* univariados, nem multivariados. Não foi encontrada multicolinearidade e singularidade entre as variáveis, demonstrando assim, que os pressupostos foram cumpridos. Os coeficientes de regressão e níveis de significância são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4.

Análises de regressões múltiplas hierárquicas na explicação do stress (modelo 1) e saúde mental (modelo 2) para a mostra total (N = 117).

Preditores	*b*	β	Erro padrão	*t*	*p*	Intervalo confiança de 95%		R^2	F	*p*
						Limite inferior	Limite superior			
Modelo 1- Stress								.209	9.947	< .001
Eu detestado	-.162	-.077	.239	-.679	.498	-.636	.311			
Eu inadequado	.480	.449	.109	4.412	< .001	.264	.695			
Eu tranquilizador	-.154	-.108	.143	-1.072	.286	-.438	.131			
Modelo 2- Saúde mental								.340	19.438	< .001
Eu detestado	-.202	-.164	.127	-1.590	.115	-.454	.050			
Eu inadequado	.262	.421	.058	4.523	< .001	.147	.376			
Eu tranquilizador	-.328	-.398	.076	-4.305	< .001	-.480	-.177			

Em relação ao modelo 1, os resultados demonstraram que o modelo é estatisticamente significativo, explicando 20.9% da variância do stress. De forma adicional, estes resultados demonstraram que o eu inadequado foi o único preditor significativo do stress. Por seu lado, o eu tranquilizador e o eu detestado, não se demonstraram preditores significativos do stress.

Os resultados da análise da regressão para o modelo 2, demonstram que o modelo é estatisticamente significativo, explicando 34% da variância da saúde mental. Estes dados demonstram que o eu inadequado e o eu tranquilizador são preditores significativos da saúde mental, sendo o eu inadequado o melhor preditor. Por seu lado, o eu detestado não se revelou um preditor significativo.

Parte II

Análise descritiva das variáveis em estudo

Na segunda parte deste estudo participaram 68 estudantes do ensino superior que foram aleatorizados pelas duas intervenções. De forma a caracterizar as variáveis em estudo, recorreu-se à utilização de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão; cf. Tabela 5).

Tabela 5.
Medidas descritivas do pré-teste e pós-teste numa amostra de estudantes universitários (N =68).

	Pré-teste (*N* = 68)				Pós-teste (*N* =16)			
Variáveis	**Min.**	***Máx.***	***M***	***DP***	**Min.**	***Máx.***	***M***	***DP***
Autocompaixão	28	93	67.43	12.63	33	90	65.31	14.55
Compaixão pelos outros	50	100	80.21	11.94	50	100	79.37	11.52
Autocriticismo	21	69	38.35	10.31	23	65	37.94	11.98
Eu tranquilizador	9	38	26.75	5.96	14	40	25.75	7.04
Stress	16	47	33.78	7.43	20	44	30.06	7.63
Saúde mental	9	27	18.10	4.36	8	26	15.69	5.39

Análise das diferenças entre grupos no pré-teste

De modo a analisar a diferença entre grupos no pré-teste, dividiu-se a amostra pelos dois grupos da intervenção: grupo experimental da compaixão e grupo experimental da gratidão e realizaram-se Testes *t* de *student* para amostras independentes (cf. Tabela 6). Em relação ao pressuposto da homogeneidade das variâncias, associado aos testes *t* para amostras independentes, através do Teste de *Levene*, indicam que o pressuposto se encontra cumprido.

Tabela 6.
Diferenças entre os dois grupos de intervenção no pré-teste recorrendo ao t-Student para amostras independentes.

	Grupo Compaixão (N = 36)		Grupo Gratidão (N =32)				
	M	***DP***	***M***	***DP***	***t***	***p***	***d***
Autocompaixão	66.81	11.76	68.13	13.69	-.428	.670	-.10
Compaixão pelos outros	79.06	13.14	81.50	10.49	-.841	.404	-.20
Autocriticismo	37.64	10.09	39.16	10.64	-.603	.548	-.15
Eu tranquilizador	26.64	5.35	26.88	6.68	-.162	.872	-.04
Stress	33.61	7.31	33.97	7.68	-.197	.845	-.05
Saúde mental	18.00	4.38	18.22	4.41	-.205	.838	-.05

Em função dos resultados obtidos, é possível verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nas variáveis em estudo, o que significa que os grupos são equivalentes.

Análise das diferenças entre grupos no pós-teste

De forma a analisar as diferenças entre grupos nos pós-teste, nas variáveis em estudo foi utilizado o Teste *U* de *Mann-Whitney*. Neste sentido, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo da compaixão e o grupo da gratidão no pós-teste. Deste modo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível do stress (*Mdn Compaixão* = 30.00, *Mdn Gratidão* = 29.00, *U* = 28.00, z =-.372, *p* = .710, η² = .009), do autocriticismo (*Mdn Compaixão* = 35.00, *Mdn Gratidão* = 45.00, *U* = 22.00, z =-1.008, *p* =.314, η² =.063), do eu tranquilizador (*Mdn Compaixão* = 25.00, *Mdn Gratidão* = 25.00, *U* = 31.00, z =-.053, *p* =.958, η² =0), da autocompaixão (*Mdn Compaixão* =70.00, *Mdn Gratidão* = 65.00, *U* = 26.50, z= -.530, *p* =.596, η² = .018), da compaixão pelos outros (*Mdn Compaixão* = 82.00, *Mdn Gratidão* = 82.00, *U* = 28.00, z =-.371, *p* =.711, η² =.009) e da saúde mental, (*Mdn Compaixão* = 15.00, *Mdn Gratidão* = 13.00, *U* = 25.50, z =-.640, *p* =*.522,* η² = .025).

Análise das diferenças entre pré e pós-teste da intervenção da Compaixão

De modo a analisar as diferenças entre o pré e o pós-teste nas variáveis em estudo foi utilizado o Teste de *Wilcoxon*, sendo que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no pré e no pós-teste, ao nível do Stress (*Mdn* = 30.00, *Z* = -1.472, *p* =.141, η² = 13.048), do autocriticismo (*Mdn* = 35.00, *Z* = -1.357, *p* =.175, η² =13.015), do eu tranquilizador (*Mdn* = 25.00, *Z*= -.564, *p* =.573, η² =12.79), da autocompaixão (*Mdn* = 70.00, *Z* = -1.126, *p* =.260, η² =12.95), da compaixão pelos outros (*Mdn* = 82.00, *Z* = -1.405, *p* =.160, η² =13.029) e da saúde mental (*Mdn* = 15.00, *Z* = - 1.362, *p* =.173, η² =13.017).

Análise da Motivação, Utilidade e Frequência das Práticas

Com intuito de analisar a motivação dos participantes, a utilidade e a frequência das práticas, recorreu-se à utilização de medidas de tendência central (média) e de

dispersão (desvio-padrão, frequências). Sendo que, foi possível verificar que os participantes que completaram a intervenção, revelaram estar muito motivados na realização das práticas (*M* = 7.60; *DP* = 2.02) e as consideraram como muito úteis (*M* = 8.70; *DP* = 1.44). No que diz respeito à frequência das práticas, na primeira semana, 37.5% dos participantes referiram que praticaram 1/2 vezes por semana, 50% praticaram 3/4 vezes por semana e 12.5% salientaram que praticaram 5/6 vezes por semana. Na segunda semana, 16.7% dos participantes referiram que praticaram 1/2 vezes por semana, 66.7% dos participantes praticaram 3/4 vezes por semana e 16.7% dos participantes praticaram 5/6 vezes por semana. Na terceira semana, 40% dos participantes salientaram que praticaram 1/2 vezes por semana, 20% dos participantes praticaram 3/4 vezes por semana e 40% dos participantes praticou 5/6 vezes por semana. Por fim, na última semana, 22.2% dos participantes referiram que não realizaram nenhuma vez as práticas propostas, 44.4 % dos participantes praticaram 1/2 vezes por semana e 33.3 % dos participantes salientaram que praticaram 5/6 vezes por semana.

Discussão

A literatura nos últimos anos tem vindo a destacar o papel da compaixão enquanto processo libertador do sofrimento, sendo alvo de um marcado interesse na comunidade científica. Com base nos estudos empíricos, as intervenções breves online focadas no treino da mente compassiva, têm demonstrado eficácia na diminuição de diversas psicopatologias (Castilho, 2011; Gale et al., 2014; Gilbert, 2009; Gilbert & Procter, 2006; Lucre & Corten, 2013; Matos et al., 2017, 2018; McEwan & Gilbert, 2015), demonstrando-se como um forte preditor do bem-estar (Austin et al., 2020), sendo consensualmente reconhecida a relevância de intervenções focadas no TMC.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo principal o desenvolvimento de uma intervenção breve à distância focada na compaixão para estudantes do ensino superior e estudar a eficácia desta intervenção em dois momentos ao longo do tempo (i.e., pré e pós teste) na redução dos níveis de autocriticismo, psicopatologia e promoção do bem-estar em estudantes do ensino superior.

Na primeira parte deste estudo foram examinadas as relações entre a autocompaixão, compaixão pelos outros, autocriticismo, stress e a saúde mental. Conforme esperado, os resultados mostraram que os estudantes que tendem a ser mais compassivos e tolerantes consigo próprios e para com os outros, são também menos autocríticos e punitivos, apresentando menos stress e melhor saúde mental. Estes resultados estão de acordo com a literatura existente que salienta a capacidade de autotranquilização e de se ser compassivo (compaixão para com os outros, dos outros e autocompaixão) como fatores protetores em relação ao autocriticismo e psicopatologia (e.g., Castilho e Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2011; Matos et al., 2017; Mongrain, et al., 2011; Strauss et al., 2016). É ainda importante destacar a relação negativa entre o bem-estar e a autocompaixão, sendo que este resultado vai de encontro com o referencial teórico, que salienta a autocompaixão como um preditor da saúde mental e do bem-estar (Chio et al., 2021; Cosley et al., 2010; Gilbert & Procter, 2006; MacBeth & Gumley, 2012; Mongrain, et al., 2011).

Por outro lado, os resultados evidenciam também que os estudantes que apresentam maior tendência para se criticarem perante falhas e erros também apresentam maiores níveis de stress e pior saúde mental. Estes resultados vão de encontro à literatura, que concetualiza que os indivíduos que possuem níveis mais elevados de autocriticismo, detêm maior vulnerabilidade para desenvolverem psicopatologia, apresentando menor capacidade para utilizarem respostas alternativas

(e.g., autocompaixão e autotranquilização) e atingirem o bem-estar (Irons et al., 2006; Gilbert et al., 2004).

Relativamente às análises de regressão os resultados demonstram que o eu inadequado se evidenciou como o único preditor significativo dos níveis de stress, sendo também o melhor preditor de piores níveis de saúde mental. Isto significa que os estudantes universitários, perante erros ou fracassos, tendem a experienciar sentimentos de inadequação e de inferioridade e a manifestar níveis mais elevados de stress e pior saúde mental. De facto, os resultados mostram o contributo significativo do eu inadequado, sendo um acrescento à literatura empírica, pela amostra utilizada (i.e., estudantes universitários), bem como, pelo facto de ser o eu inadequado, ao contrário do eu detestado, a explicar os piores níveis de stress e de saúde mental. Estes resultados sugerem que o autocriticismo pode surgir como um fator interno do stress, remetendo para a forma como as pessoas se relacionam consigo mesmas perante situações de falha, erro e desapontamento pessoal (Gilbert & Procter, 2006). Por outro lado, os resultados mostram que para além do eu inadequado também a dificuldade em se nutrirem sentimentos de afeto pelo *eu* perante momentos difíceis, também se revelou como um preditor significativo da pobre saúde mental dos estudantes universitários. Estes resultados corroboram com a literatura, ao mostrarem a influência negativa do autocriticismo, particularmente na sua forma do eu inadequado, mas também a importância de adotar uma relação do *eu* com o *eu*, que seja pautada por sentimentos de calor, segurança e tranquilização (eu tranquilizador), no sentido de promover o bem-estar (Gilbert et al., 2004).

A segunda parte do estudo, centrou-se no desenvolvimento e teste da eficácia da intervenção focada na compaixão. Assim, verificou-se que os estudantes universitários apresentaram níveis de autocompaixão, compaixão pelos outros, autocriticismo, autotranquilização, stress e saúde mental semelhantes aqueles reportados noutros estudos, com amostras portuguesas realizados com estudantes universitários (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2017; Pais-Ribeiro, 2001; Trigo et al., 2010).

Verificou-se uma taxa de *dropout* do estudo de cerca de 30%, que ocorreu desde a aleatorização dos participantes até ao início da intervenção, que apesar de estar dentro dos parâmetros esperados para os estudos com intervenções online, limitou as análises estatísticas e acabou por colocar em causa a avaliação dos participantes num terceiro momento (i.e., *follow-up*). De acordo com a literatura esta taxa de *dropout* dos estudos pode ir desde os 0% (Asano et al.,) até aos 52% (Braehler et al., 2012; Gilbert & Procter, 2006; Matos et al., 2017; McManus et al., 2018). Consideramos que o *timing* em que o recrutamento dos participantes foi

realizado poderá também explicar a elevada taxa de *dropout* verificada no estudo. De facto, o recrutamento dos participantes teve a duração de um mês, período durante o qual o país entrou novamente em período de confinamento, devido à pandemia Covid-19, sendo que esta alteração drástica na vida dos participantes, poderá levado muitos a desistirem de participar no projeto. Por outro lado, o *dropout* poderá também ter a ver com o facto do início da intervenção ter coincidido com o final do semestre e início da época de exames, sendo este período caracterizado como muito exigente e focado no estudo persistente, o que poderá ter levado os participantes a estarem menos disponíveis para aderir à intervenção.

A comparação entre os dois grupos de intervenção revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos antes e depois das intervenções. Estes resultados do pré-teste permitem confirmar a equivalência de ambos os grupos em relação às variáveis em estudo. Relativamente ao resultado da comparação entre grupos no pós-teste, este pode ser considerado um resultado esperado, uma vez que, ambos os grupos envolviam uma intervenção ativa e não um grupo de intervenção e um controlo passivo, como é comum na maioria dos estudos já realizados (e.g., Duarte et al., 2017; Matos et al., 2017, 2018). De facto, tanto quanto sabemos este é o primeiro estudo a comparar duas intervenções (i.e., focada na compaixão e focada na gratidão) fornecidas num formato online para estudantes do ensino superior.

Não obstante, a ausência de mudança do pré para o pós-teste no grupo de intervenção foi inesperada e contradiz os estudos de intervenção prévios que demonstraram a eficácia deste tipo de intervenção. Contudo existem diferenças assinaláveis que distinguem o presente estudo e estudos prévios e que podem explicar esta discrepância. Por exemplo, nos estudos de Matos e colaboradores (2017, 2018) embora a intervenção fosse à distância, existiu uma primeira sessão de psicoeducação presencial, de 2 horas. Este contacto presencial e práticas guiadas presencialmente podem ter contribuído para o maior envolvimento dos participantes na intervenção e particularmente na realização das práticas de modo autónomo. Para além disto, esta intervenção em específico, também se distinguiu na medida em que foi uma intervenção mais breve e teve outra população-alvo, que não apenas os estudantes do ensino superior.

Podemos elencar várias hipóteses explicativas para os resultados encontrados, nomeadamente: a capacidade de gestão do tempo por parte dos estudantes universitários, sendo que o facto de ser uma intervenção online poderá ter originado dificuldades acrescidas dos alunos em se autogerirem e de se manterem comprometidos com as práticas. De facto, a frequência das práticas ao longo do

programa foi inferior ao que era desejável, e poderá ter influenciado os resultados. Contudo, diversos estudos se têm confrontado com a baixa frequência e consistência das práticas dos participantes, o que tem impacto nos resultados (Matos et al.,2018), embora a literatura seja consensual a afirmar a importância de um treino consistente ao longo do tempo para o desenvolvimento das competências da compaixão (Gilbert, 2009, 2010; Keltner et al., 2014). Outra hipótese explicativa tem a ver com a metodologia utilizada (e.g., modalidade online) e até que ponto esta modalidade poderá ser útil para o envolvimento no processo de intervenção da população-alvo deste estudo. Assim seria importante avaliar e abordar estas questões, de forma a implementar estratégias que facilitem a adesão e a motivação ao programa em modalidade à distância (e.g., adaptação da intervenção, maior apoio ao participante; maior persistência no envio dos emails; Duarte et al., 2017).

Apesar destes resultados, um dado encorajador em relação à intervenção passa pelo facto de não existir nenhum *dropout* na intervenção, ou seja, todos os participantes que iniciaram efetivamente a intervenção, completaram a mesma. Para além disto, destaca-se ainda o facto de os participantes que participaram mais ativamente, destacarem a intervenção como muito útil e demonstrarem motivação para a realização das práticas. O que vai de encontro com o referencial teórico que destaca o *feedback* dos participantes como muito positivo, salientando que este tipo de intervenções baseadas no treino da mente compassiva é útil a promover sentimentos de maior acalmia e contentamento (Matos et al., 2018).

Este estudo apresenta algumas limitações importantes de mencionar, nomeadamente: o tamanho reduzido da amostra, que limita as análises estatísticas que poderiam ter sido realizadas (i.e., *follow-up*) e também as conclusões que se podem retirar das mesmas. Neste sentido, sugere-se que em futuras investigações seria útil replicar este estudo numa amostra maior e mais diversificada, de forma a obter dados mais representativos da população em estudo. Outra limitação prende-se pelo facto de a amostra não ser equilibrada em termos do género, sendo que maioria dos participantes são do sexo feminino, o que é comum em intervenções online (Karyotaki et al., 2017), mas que limita a possibilidade de generalização do estudo e que poderá comprometer a representatividade das conclusões feitas ao longo do nosso estudo. Desta forma, em estudos futuros sugere-se ainda a replicação desta investigação em amostras maiores e mais heterogéneas da população geral, com características sociodemográficas mais diversificadas, envolvendo ainda universidades de outras zonas geográficas do país.

Para além disto, este estudo piloto foi essencial para identificarmos potenciais dificuldades associadas à implementação desta intervenção em larga escala. Assim, e

de modo a ultrapassar os desafios encontrados, sugere-se a utilização de uma recompensa material, para desta forma promover o envolvimento e a participação dos estudantes do ensino superior, tal como aconteceu nos estudos de Matos e colaboradores (2017, 2018), em que os participantes receberam uma recompensa (e.g., Voucher de 15 €), pela participação na investigação, o que resultou num maior envolvimento e motivação dos participantes. Adicionalmente seria ainda importante, como sugestão futura realizar a primeira sessão presencialmente, de forma, a que os participantes se sentissem mais orientados e apoiados pela equipa de investigação, tornando a interação mais humana e aumentando a cooperação. Para além disso, como sugestão futura sugere-se ainda a criação de um *chat*, para além do email e do site criados para o efeito, para que os participantes se possam sentir mais motivados e envolvidos, auxiliar na realização das práticas e o esclarecimento de dúvidas em tempo real que possam surgir.

Apesar das limitações evidenciadas, este estudo foi muito pertinente, na medida em que procurou explorar as associações entre o autocriticismo, compaixão, psicopatologia e saúde mental em estudantes universitários, oferecendo dados relevantes para a literatura nesta população particular. Considera-se que o presente estudo é inovador ao permitir a comparação entre as duas intervenções equivalentes disponibilizadas online, pensadas especificamente para os estudantes do ensino superior. Para além disto, como vantagem pode-se salientar a construção de um site para a realização da intervenção, com um conjunto de sessões orientadas e planeadas, o que pode ser útil no futuro em termos de intervenção à distância, sendo que o mesmo permitiu ainda facilitar e flexibilizar o acesso às práticas.

Apesar dos resultados não permitirem constatar a eficácia da intervenção breve focada na compaixão na redução do autocriticismo, stress e promoção da saúde mental, este estudo piloto permitiu recolher informação acerca da aceitabilidade deste tipo de intervenções, por parte dos estudantes universitários, e, também obter conhecimento, no sentido, de podermos melhorar a intervenção e torná-la mais adequada a este tipo de população.

Conclusão

A capacidade para sermos compassivos connosco próprios e a adoção de uma atitude equilibrada de aceitação dos nossos pensamentos e sentimentos dolorosos, traduz-se num bom indicador de saúde mental (Castilho & Gouveia, 2011). Ainda que tenham sido apresentadas anteriormente algumas limitações, podemos concluir que as intervenções breves baseadas no TMC, demonstram resultados promissores na redução de sintomas psicopatológicos e benefícios em vários indicadores psicológicos, particularmente no aumento da autocompaixão e da compaixão pelos outros (Celine et al., 2018; Matos et al., 2017, 2018; McEwan & Gilbert, 2015; Petrocchi & Ottaviani, 2015; Rose et al., 2018).

Atualmente cada vez mais há a necessidade de fazer chegar intervenções à população, que se destinem a promover a saúde mental e que ao mesmo tempo, sejam úteis para as pessoas. Tendo em consideração as características da população universitária, a implementação de intervenções é essencial, devendo ter como objetivo ajudar estudantes do ensino superior, a desenvolverem capacidades de autotranquilização, quando em situações ativadoras do autocriticismo, focando-se assim em sentimentos de calor e de compreensão pelo *eu*, que por sua vez se encontram associados a melhor saúde mental.

O presente relatório de dissertação permitiu-me desenvolver um conjunto de competências a nível profissional, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento e implementação de intervenções em modalidade online; permitiu ainda o desenvolvimento de conhecimentos sobre a área da compaixão, autocriticismo, stress e bem-estar; desenvolvimento de competências informáticas, no que se refere à criação do site para efeito da intervenção e a criação de um formulário através do *googleforms* para a recolha de dados; e o desenvolvimento de conhecimentos a nível de investigação científica. A nível pessoal esta experiência possibilitou o desenvolvimento de competências a nível do trabalho em equipa, tendo em consideração que esta intervenção se insere num projeto mais amplo que insere duas intervenções breves, uma focada na gratidão e outra na compaixão.

Em suma, podemos concluir que a presente investigação contribui para a investigação das variáveis em estudo, que se apresentam como constructos de grande relevo para a comunidade científica e prática clínica e para o desenvolvimento de intervenções que se demonstrem empiricamente relevantes.

Referências Bibliográficas

Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American college health, 50*(2), 67–72. https://doi.org/10.1080/07448480109596009

Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*(1), 157-179. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006

Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, *13*(1), 4-11. https://doi.org/10.1002/wps.20083

Asano K., Koike H., Shinohara Y., Kamimori, H., Nakagawa, A., Iyo, M., & Shimizu, E. (2017). Group cognitive behavioural therapy with compassion training for depression in a Japanese community: A single-group feasibility study. *BMC research notes, 10*(1), 670. https://doi.org/10.1186/s13104-017-3003-0

Austin, J., Drossaert, C., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Kirby, J. N., & Bohlmeijer, E. T. (2020). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: A mixed methods systematic review. *Psychology & health*, *36*(1) 16-42. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699090

Bohlmeijer, E. & Kraiss, J. & Watkins, P. & Schotanus-Dijkstra, M. (2020). Promoting gratitude as a resource for sustainable mental health: Results of a 3-armed randomized controlled trial up to 6 months follow-up. *Journal of Happiness Studies*, *22*(3), 1011-1032. https://doi.org/10.1007/s10902-020-00261-5

Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *The British Journal of Clinical Psychology, 52*(2), 199-214. https://doi.org/10.1111/bjc.12009

Brito, L.K.F. & Ferreira, J.B. (2019). Nível de ansiedade e stress em estudantes universitários: Uma revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 13*(48), 852-861. http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i48.2294

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The lancet*, *395*, 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Cabral, J., Róias, C., Pereira, C., Benevides, J., Teixeira, M., & Carvalho, C. (2017). O grilo interior no ensino superior: Análise do auto-criticismo e da auto-compaixão em estudantes universitários. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (14), 168-173. https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2619

Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Internet-based vs. face-toface cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1-18. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115

Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/20463

Castilho, P., Gouveia, J., & Amaral, V. (2010). Recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância e psicopatologia: O efeito mediador do auto-Criticismo. *Psychologica*, *52(*2), 475-497. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_20

Castilho, P., & Gouveia, J. P. (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). *Psychologica*, (*54*), 63-86. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_54_3

Celine, M.K., Grace, F., Gilbert, N.C., Grimleya, S.J., Dalrymple, E.R., & Olson, L.E. (2018). Effect of seminar on compassion on student self- compassion, mindfulness and well- being: A randomized controlled trial. *Jounal of American College Health, 66*, 537-545. https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1431913

Çevik, Ö., & Tanhan, F. (2020). Fear of compassion: Description, causes and prevention. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *12*(3), 342-351. http://dx.doi.org/10.18863/pgy.626941

Chio, F. H., Mak, W. W., & Ben, C. L. (2021). Meta-analytic review on the differential effects of self-compassion components on well-being and psychological distress: The moderating role of dialecticism on self-compassion. *Clinical Psychology Review*, 101986. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101986

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, *24*(4), 385-396. https://doi.org/10.2307/2136404

Cosley, B. J., McCoy, S. K., Saslow, L. R., & Epel, E. S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*(5), 816–823. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.04.008

Cushman, S., & West, R. (2006). Precursors to college student burnout: Developing a typology ofunderstanding. *Qualitative Research Reports in Communication, 7*(1), 23–31. https://doi.org/10.1080/17459430600964638

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). Compassionate attention and regulation of eating behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(6), O1437-O1447. https://doi.org/10.1002/cpp.2094

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, *95*(5), 1045–1062. https://doi.org/10.1037/a0013262

Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, *21*(1), 1–12. https://doi.org/10.1002/cpp.1806

Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 97-112. https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97

Gilbert, P. (2010). *The CBT distinctive features series.Compassion focused therapy: Distinctive features.* Routledge/Taylor & Francis Group.

Gilbert, P. (2013). *The compassionate mind. A new approach to life´s challenges* (3ªedição). Robinson editors.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British journal of clinical psychology*, *43*(1), 31–50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959

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: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(6), 353-379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychology and psychotherapy*, *84*(3), 239–255. https://doi.org/10.1348/147608310X526511

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, *4*(1), 1-24. https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3

Goetz, J., Keltner, D., Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, *136*(3), 351-374. https://doi.org/10.1037/a0018807

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, *47*(3), 391–400. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015

Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *The British journal of clinical psychology*, *45*(3), 297–308. https://doi.org/10.1348/014466505x68230

Keltner, D., Kogan, A., Piff, P. K.,&Saturn, S. R. (2014). The sociocultural appraisals, values, and emotions (SAVE) framework of prosociality: Core processes from gene to meme. *Annual Review of Psychology*, *65*, 425–460. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115054.

Kline, T. J. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage Publications.

Krieger, T., Martig, D. S., van den Brink, E., & Berger, T. (2016). Working on self-compassion online: A proof of concept and feasibility study. *Internet Interventions*, *6*, 64–70. https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.001

Krieger, T., Reber, F., von Glutz, B., Urech, A., Moser, C. T., Schulz, A., & Berger, T. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior therapy*, *50*(2), 430-445. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003

Lucre, K., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion focused therapy for personality disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *86* (4), 387-400. https://10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x.

MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545-552. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomised controlled study. *Mindfulness*, *8*(6), 1699-1712. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7

Matos, M., Duarte, J., Duarte, C., Gilbert, P., & Pinto-Gouveia, J. (2018). How one experiences and embodies compassionate mind training influences its effectiveness. *Mindfulness*, *9*(4), 1224-1235. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0864-1

McEwan, K., & Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(2), 239–243. https://doi.org/10.1111/papt.12078

McManus, J., Tsivos, Z., Woodward, S., Fraser, J., & Hartwell, R. (2018). Compassion focused therapy groups: Evidence from routine clinical practice. *Behaviour Change, 35*(3), 167 - 173. https://doi.org/10.1017/bec.2018.16

Mondardo, A.H.P. & Pedon, E.A. (2005). O stress e o desempenho académico em estudantes universitários. *Revista de Ciências Humanas, 6* (6), 159-180. http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/262

Mongrain, M., Chin, J. & Shapira, L. (2011). Practicing compassion increases hapiness and self-esteem. *Journal of Hapiness Studies*, *12*(6), 963-981. https://doi.org/10.1007//s10902-010-9239-1

Mota, I.D., Farias, G.O, Silva, R., & Folle, A. (2017). Síndrome de burnout em estudantes universitários: Um olhar sobre as investigações. *Motrivivência, Florianópolis, 29*, 243-256. https://doi.org/10.5007/2175-8042.2017v29nespp243

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*, 85-101. https://doi.org/10.1080/15298860390129863

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure selfcompassion. Self and Identity, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways to relating to oneself. *Journal of Personality*, *77*(1), 23-49. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

Petrocchi, N., & Ottaviani, C. (2015). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences,* 10–14.

http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.017

Pommier, E. A. (2010). The compassion scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 72*(4), 1174.

Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *2*(1), 77-99.

Soares s, M.D.S., Rocha, P.B.C, Araripe, P.F., Rocha, H.A.L., Sanders L.L.O., & Kubrusly, M. (2019). Transtorno de ansiedade social no contexto da aprendizagem baseada em problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica 43*(1) 65-71. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180110

Rose, A., McIntyre, R., & Rimess, K.A. (2018). Compassion- focused intervention for highly self- critical individuals: Pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 1-18. https://doi.org/10.1017/S135246581800036

Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação, 4*, 7-21. http://hdl.handle.net/10400.8/55

Singer, T., & Steinbeis, N. (2009). Differential roles of fairness- and compassion-based motivations for cooperation, defection, and punishment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 41–50. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04733.x

Soares, A. P., Almeida, L. S., & Guisande, M. A. (2011). Ambiente académico y adaptación a la universidad: Um estúdio com estudiantes de 1º año de la Universidad do Minho. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 2,* 99- 121. http://hdl.handle.net/1822/12101

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, *47*, 15-27. https://doi.org//10.1016/j.cpr.2016.05.004

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn & Bacon/Pearson Education.

Teixeira, I. (2015). *Papel do Autocriticismo e da Autocompaixão na Ocorrência de Insónia em Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestrado, Instituto Miguel Torga. http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/557

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, *53*, 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17

Umran, A. & Akin, A. (2014). Examining the predictive role of self-compassion on sense of community in Turkish adolescents. *Social Indicators Research, 123*(1), 29–38. https://doi.org/10.1007/s11205-014-0724-5

Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, *51*(5), 730–742. https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17* (5), 1729. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of west China hospital. *Precision Clinical Medicine*, *3* (1), 3-8. https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006

Anexos

Anexo 1- Poster do projeto StressLess apresentado na ACBS: World Conference 2021**.**

ACBS VIRTUAL World Conference 24-27 June 2021

Stressless: A pilot study to promote compassion and gratitude skills among university students

Lara Palmeira[1,2], Ana Xavier[1,2], Ana Sofia Barbosa[1], Marisa Moreira[1], & Vilma Costa[1]

[1]Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, Portugal
[2]Universidade de Coimbra, CINEICC, Portugal

INTRODUCTION

- The academic context is highly competitive and entails numerous challenges for students.
- A recent Portuguese study revealed that almost fifty percent of college students present significant burnout symptoms, which are consistently related to poor academic and psychological outcomes (Maroco & Assunção, 2020).
- Developing compassion and gratitude skills may be important to reduce students stress and burnout levels as these have been associated with well-being and decreased psychopathological symptoms (Boggis et al, 2020; Matos et al., 2017).
- Brief and low intensity interventions may be useful for college students, as they are economical, efficient and improve access, involvement and availability compared to more intensive approaches (Andersson, 2016) and are appropriate for the COVID-19 pandemic context.

STUDY'S AIM

Test the feasibility and efficacy of two brief online interventions (one focused on compassion and another focused-on gratitude) in reducing stress, self-criticism and burnout and increasing compassion and gratitude in university students.

METHOD

Participants: 68 university students from Portugal, from both genders (83.82% females), aged between 18 and 28 years old were randomly allocated to one of the two interventions (Compassion focused intervention or Gratitude focused intervention) delivered through a website over the course of four weeks.

Instruments:

- Compassionate engagement and action scales (Gilbert et al., 2017);
- Gratitude Scale (McCulough et al., 2002)
- Perceived Stress Scale – 4 (Cohen et al, 1983);
- Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (Melamed et al., 2006)
- Forms of Self Criticizing and Self Reassuring Scale (Gilbert et al., 2004)
- Mental Health Inventory (Veit & Ware, 1983).

INTERVENTIONS OVERVIEW

As can be seen on figures 1 and 2 both Interventions presented a similar structure. Psychoeducation covered stress and burnout and the importance of compassion/ gratitude (session 1).It was the only synchronous session delivered trough zoom separately for each intervention. All the remaining sessions were available trough the website platform that included the practices for each week.

Figure 1. Gratitude Intervention overview

Figure 2. Compassion Intervention overview

RESULTS

- There was a significant dropout rate (29.4%) before the beginning of the interventions. There were no significant differences between intervention groups at baseline
- There was 30% dropout rate from each intervention. Overall participants from both interventions were motivated to practice the exercises and found them useful. Nevertheless, most participants from both interventions only practiced the exercises one or two times per week.
- Given the limited sample size non parametric tests were used to assess between and within group differences from baseline to post-intervention. Results from U-Man Whitney tests revealed no significant differences between intervention groups at post-intervention.
- Results from Wilcoxon Signed Rank test showed no significant differences between baseline and post-intervention for the compassion intervention group, whereas in the gratitude group a significant decrease of stress (W = -2.124, p = .034), and increase of self-compassion (W = 2.197, p = .028), and mental health (W = -2.201, p = .028) were found.

DISCUSSION

- Firstly, the high dropout rate from the study limits the conclusions that can be drawn regarding the interventions efficacy. In fact, recruited lasted for a month (January to February 2021) and during that time Portugal had its third lockdown due to COVID-19 pandemic and university exams were postponed. Thus, it is likely that this may have affected our population motivation and availability to participate.
- Nonetheless, it may suggest that these low intensity website based interventions may not be the ideal format for this population and that university students may require a more direct contact with the therapists to maintain their commitment, particularly during lockdown restrictions.
- Additionally, although participants from both interventions appeared to be motivated and found the practices useful, the frequency of the practices was low which may account for the non significant findings.
- Interestingly, preliminary results from the gratitude intervention showed promising results with participants showing improvements in stress, mental health and increased abilities to be compassionate towards themselves.

References:

Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. Annual review of clinical psychology, 12, 157-179.

Boggiss, A. L., Consedine, N. S., Brenton-Peters, J. M., Hofman, P. L., & Serlachius, A. S. (2020). A systematic review of gratitude interventions: Effects on physical health and health behaviors. Journal of Psychosomatic Research, 110165.

Maroco, J., & Assunção, H. (2020). Envolvimento e burnout no ensino superior em Portugal. In 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde--Actas (pp. 399-407). Edições ISPA.

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomised controlled study. Mindfulness, 8, 1699–1712. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7

UPT DPE DEPARTAMENTO PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

CINEICC Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental

UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

R. Dr. António Bernardino de Almeida,
541/619, 4200-072 Porto

T +351 22 557 20 00
M +351 96 977 39 67
upt@upt.pt

GPS
41° 10' 49.16" N
8° 36' 18.17" W

www.upt.pt