

FILIPA ALEXANDRA SANTOS INÁCIO

# **FUNCIONAMENTO FAMILIAR, COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS MATERNAS (AUTOCOMPAIXÃO, AUTOCRITICISMO E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA)**



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica**  
Área de Especialização em Terapias Cognitivo-  
Comportamentais

COIMBRA, 2019



**Funcionamento Familiar, Comportamento de Crianças e Adolescentes e Variáveis Psicológicas Maternas (Autocompaixão, Autocriticismo e Sintomatologia Psicopatológica)**

FILIPA ALEXANDRA SANTOS INÁCIO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar do ISMT

Coimbra, outubro de 2019

## **Agradecimentos**

*Começo os agradecimentos, por expressar um sincero obrigada às pessoas que participaram no preenchimento do protocolo da minha dissertação de mestrado.*

*De seguida, faz-me sentido agradecer individualmente a cada pessoa que tornou este trabalho possível.*

*À Professora Doutora Sónia Simões. Pelo apoio prestado e conhecimentos partilhados desde o início até ao término desta etapa. Esta caminhada em conjunto tornou-se muito enriquecedora, tanto a nível pessoal como a nível profissional. Obrigada pela sua orientação, força e palavras de conforto.*

*Às nossas colegas e Mestres Cristiana Duarte e Diana Santos. Agradeço o tempo disponibilizado e a prontidão e profissionalismo que sempre demonstraram para ajudar da melhor forma. O vosso acompanhamento e partilha de experiências foi muito importante para o desenrolar deste trabalho.*

*Ao Francisco. Por ter estado sempre do meu lado, por ter sido a minha força nos meus momentos de fraqueza, por me apoiar sempre em todas as decisões desde que fossem as que me fizessem feliz e pela paciência e orgulho que demonstrou. Iniciou comigo este percurso de vários meses, ouviu-me quando eu mais precisava e fez-me acreditar que sou capaz. A ti, o meu muito obrigada.*

*Ao meu avô. Porque sei o quanto gostaria de me ver chegar até aqui e o quanto estaria orgulhoso. O teu sonho era este, e eu aqui estou.*

*Aos meus queridos pais! Para eles faltam-me as palavras. Sei que nada disto seria possível sem eles. Durante esta longa etapa foi indispensável a sua ajuda e apoio, que culminou neste trabalho que hoje lhes dedico. Celebraram comigo as vitórias, apoiaram-me nas derrotas e nunca me deixaram desistir. Por me terem inculcido todos os valores importantes e por me tornarem na pessoa que sou hoje, o meu obrigada com muito carinho. AMO-VOS.*

## Resumo

**Objetivos:** 1) Analisar as associações entre as variáveis em estudo (funcionamento familiar e variáveis psicológicas maternas – autocompaixão, autocrítico e sintomatologia psicopatológica – e o comportamento dos filhos (crianças e adolescentes). 2) Estudar as diferenças no funcionamento familiar, nas variáveis psicológicas maternas e no comportamento dos filhos em função das variáveis: idade, sexo e comportamento precoce do filho, faixa etária da mãe, nível de escolaridade dos pais, tipo de família, relação mãe-pai, história psiquiátrica da mãe e percepção dos rendimentos familiares.

**Método:** A amostra foi constituída por 431 mães com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos de idade ( $M = 39,37$ ;  $DP = 5,47$ ), com filhos entre os 4 e os 17 anos de idade ( $M = 8,77$ ;  $DP = 3,87$ ), sendo a maioria (55,5%) do sexo masculino. As mães foram convidadas a participar neste estudo e foram avaliadas através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15), Escala de Autocompaixão (SELFCS), Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

**Resultados:** As correlações são maioritariamente significativas entre todos os instrumentos do estudo, observando-se associações mais elevadas entre a psicopatologia da mãe e o autocrítico. Também se encontram associações do funcionamento familiar com a autocompaixão (negativas) e com o comportamento dos filhos (positivas). A história psiquiátrica da mãe está associada a mais autocrítico e à percepção de mais dificuldades no comportamento dos filhos. Os filhos do sexo masculino e que tiveram alterações no comportamento precoce apresentam mais dificuldades comportamentais atualmente. Por fim, as mães entre os 50-59 anos identificam mais dificuldades familiares e as famílias reconstituídas percebem mais dificuldades no comportamento dos seus filhos e têm pior funcionamento familiar.

**Discussão:** Confirma-se a existência de uma associação entre o funcionamento familiar, variáveis psicológicas maternas (nomeadamente autocompaixão, autocrítico e sintomatologia psicopatológica) e o comportamento dos filhos. Os resultados obtidos realçam a importância da intervenção junto dos pais, através da implementação de programas focados na parentalidade com o objetivo de maximizar competências pessoais e familiares e promover o bem-estar.

**Palavras-chave:** capacidades e dificuldades de crianças e adolescentes; funcionamento familiar; autocompaixão; autocrítico; sintomatologia psicopatológica.

## Abstract

**Purpose:** 1) Analyze the associations between the variables under study (family functioning and maternal psychological variables: self-compassion, self-criticism and psychopathological symptomatology) and the behavior of children and adolescents. 2) Study the differences in family functioning, maternal psychological variables and child behavior according to variables: age, sex and early behavior of the child, parent's qualifications, mother-father relationship, mother's psychiatric history and perception of family income.

**Method:** The sample consisted of 431 mothers aged between 25 and 59 years old ( $M = 39.37$ ;  $SD = 5.47$ ), with children between 4 and 17 years old ( $M = 8.77$ ;  $SD = 3.87$ ), being mostly 55, 5% male. Mothers were invited to participate in this study and were assessed through the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15), Self-Compassion Scale (SELFCS), Forms Of Self Criticising and Self Reassuring Scale (FSCRS) and Brief Symptom Inventory (BSI).

**Results:** Correlations are mostly significant among all study instruments, with higher associations between mother's psychopathology and self-criticism. There are also associations of family functioning with self-compassion (negative) and the behavior of children (positive). The mother's psychiatric history is associated with more self-criticism and more perceived behavioral difficulties. Male children who have had early behavioral changes present more behavioral difficulties today. Mothers aged 50-59 identify more family difficulties and reconstituted families perceive more difficulties in their children's behavior and have worse family functioning.

**Discussion:** It is confirmed that there is an association between family functioning, maternal psychological variables (self-compassion, self-criticism and psychopathological symptomatology) and the behavior of children. The results show the importance of intervention with parents, through the implementation of parenting programs aimed at maximizing personal and family skills and promoting well-being.

**Keywords:** strengths and difficulties of children and adolescents; family functioning; self-compassion; self-criticism; psychopathological symptomatology.

## Introdução

Estudar a **família**, nomeadamente do ponto de vista da Psicologia, é um processo complexo e acarreta grandes desafios para os investigadores da área (Relvas & Major, 2014). O homem é um ser social e sobrevive apenas em interação constante com o outro, o que levou à formação de um sistema onde o indivíduo pudesse ter o seu funcionamento e organização. Atualmente, existem muitas definições de família, mas o que se considera mais relevante é observá-la como um todo, de onde os seus elementos emergem e a tornam única (Alarcão, 2006). Sampaio e Gameiro (1998) completam esta última afirmação defendendo que a família se caracteriza por um conjunto de elementos ligados que estabelecem relações, em contato com o meio exterior, mantendo o seu equilíbrio interno ao longo do processo desenvolvimental, com crises que exigem um ajustamento no sistema familiar. A família é um sistema natural que ao longo do tempo desenvolve padrões de interação que constituem a estrutura familiar e, por sua vez, guia o funcionamento dos membros da família (Minuchin & Fishman, 1981). Tendo em conta que o todo é maior do que a soma das partes e os membros de uma família têm um impacto mútuo uns nos outros, este sistema passa a ser mais do que a soma dos seus elementos, estando estes em constante interação (Alarcão, 2006; Bertalanffy, 1968; Relvas & Major, 2014).

Minuchin (1979) propõe uma conceção de **funcionamento familiar** que considera a família um sistema aberto em constante transformação que, ao longo do seu desenvolvimento, passa por diversas etapas que obrigam ao seu ajustamento e reorganização. Idealmente, a família deverá adaptar-se às características de cada fase mantendo a sua organização e permitindo o crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Considerando a perspetiva sistémica, não podemos olhar para o indivíduo isoladamente, sem ter em conta as relações familiares e o seu funcionamento.

Vários autores têm refletido o seu trabalho na criação de instrumentos que avaliam o impacto do funcionamento familiar como um todo e nos seus membros individualmente<sup>1</sup>. Os autores originais do *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15), Stratton, Bland, Janes e Lask (2010), propuseram a existência de 3 dimensões importantes para estudar e compreender o funcionamento familiar: os *recursos*, as *dificuldades* sentidas pelo sistema familiar e a *comunicação*. Neste sentido, estes autores englobaram nestas três dimensões aspetos como a hostilidade, comunicação, humor/clima emocional, flexibilidade/adaptabilidade e regras e papéis de cada indivíduo na família. A mobilização de *recursos*, utilização de competências e espírito de resiliência por parte da família ajudam na

---

<sup>1</sup> Alguns destes instrumentos são a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV; Olson, 2008) ou o *Systemic Therapy Inventory* (STIC; Pinosof et al., 2009).

resolução de problemas que são gerados pelas mudanças (Lee, Jackson, Parker, DuBose, & Botchway, 2009; Stratton et al., 2010). Existem vários tipos de recursos: os recursos individuais, de que são exemplos as características pessoais, os recursos internos do sistema, como o apoio interpessoal (McCubbin, Patterson, Bauman, & Harris, 1981), e os recursos externos à família, como o apoio social (McCubbin & Patterson, 1983). Famílias com nível socioeconómico mais baixo têm menos recursos financeiros e experienciam mais dificuldades. Estes fatores têm sido associados a um pior funcionamento familiar (Boushey & Gundersen, 2001; Tiffin, Pearce, Kaplan, Fundudis, & Parker, 2007). De acordo com Minuchin (1979), se não forem ativados os recursos adequados por parte da família para lidar com o stress, este poderá torna-se patológico. Várias fontes de stress podem contribuir para o surgimento de *dificuldades* no funcionamento familiar. São exemplos desses fatores a vivência de um dos membros da família com forças extrafamiliares (e.g., ambiente laboral de um dos pais que tem consequências no seu bem-estar e no sistema) ou a vivência de todos os membros da família com forças extrafamiliares (e.g., crise económica). Por último, Minuchin (1979) refere as fases de transição da família (e.g., desenvolvimento dos filhos) e situações não-normativas (e.g., doença crónica) como fatores perpetuadores das dificuldades. Por fim, a *comunicação* é o que liga e favorece o convívio de todo o sistema, fundamentando-se na igualdade ou na diferença. É um processo interativo onde o comportamento de cada indivíduo tem impacto no comportamento dos outros (Dias, 2011).

Investigações que utilizam o *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15) ainda não são significativas, sendo encontradas maioritariamente em trabalhos de investigação e do uso do instrumento na prática clínica (Józefik, Matusiak, Wolsk, & Ulasińska, 2016; Stratton et al., 2014). Estudos realizados com outras escalas que abordam a relação do funcionamento familiar na saúde mental sublinharam a influência no desenvolvimento de perturbações psicológicas como a depressão (Guberman & Manassis, 2011; Pereira et al., 2017), no aparecimento de comportamentos de risco e problemas de externalização (Coie & Dodge, 1998; Gomes & Gouveia-Pereira, 2014), em perturbações alimentares como a anorexia nervosa (Gowers & North, 1999), em doenças crónicas (e.g., diabetes) e no excesso de peso (Halliday, Palma, Mellor, Green, & Renzaho, 2014).

As **capacidades e dificuldades/comportamento de crianças e adolescentes** têm sido estudados por vários autores. Uma metanálise que incluiu 41 estudos realizados em todas as regiões do mundo identificou uma prevalência de 13,4% de perturbações mentais em crianças e adolescentes (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). A revisão da literatura indica que uma percentagem significativa de crianças e adolescentes apresentam dificuldades no ajustamento psicológico ao longo da vida, causando um claro impacto não só

nas áreas pessoal, acadêmica, familiar e social, como também na saúde e níveis econômicos (Blanchard, Gurka, & Blackman, 2006; Simpson, Bloom, Cohen, Blumberg, & Bourdon, 2005). Os sintomas tendem a começar em cerca de 50% dos casos antes dos 15 anos e geralmente permanecem estáveis até à idade adulta (Costello, Copeland, & Angold, 2011; De Clercq, De Fruyt, & Widiger, 2009).

Investigações que utilizaram o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) revelaram que as raparigas obtêm uma pontuação mais alta que os rapazes no comportamento pró-social, ao passo que os rapazes obtêm valores mais elevados em problemas de comportamento, hiperatividade e/ou problemas de relacionamento (Koskelainen, Sourander, & Vauras, 2001; Svedin & Priebe 2008; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl, & Clench-Aas, 2006; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003).

As variáveis psicológicas maternas **autocompaixão** e **autocriticismo** têm sido conceptualizadas na Psicologia Ocidental e no Budismo. No Ocidente, a compaixão é normalmente descrita pela compaixão pelos outros, e no Budismo acredita-se que é essencial sentir compaixão por si mesmo e pelos outros (Neff, 2003a). Este conceito define-se também como a abertura ao sofrimento do outro, ser paciente, bondoso e adotar uma postura de não julgamento, uma vez que o ser humano pode cometer erros (Neff, 2003a). De forma semelhante, a **autocompaixão** envolve uma identificação com o sofrimento do próprio, vivenciando sentimentos de autoafeto e autocompreensão, com uma postura não-ajuizadora perante erros e falhas, reconhecendo que fazem parte da condição humana (Neff, 2003a; Neff & Germer, 2013). Ao ser-se compassivo, fornece-se a segurança emocional necessária para se observar sem medo do autojulgamento, o que permite ao indivíduo dar-se conta com maior facilidade de pensamentos, sentimentos e comportamentos mal-adaptativos (Brown, 1999). Além disso, o cuidado intrínseco à compaixão proporciona uma poderosa força motivadora para o crescimento e a mudança. Este processo recai numa perspetiva metacognitiva que permite reconhecer experiências relacionadas com o próprio e com o outro. Assim, o ciclo de sobreidentificação é quebrado, aumentando os sentimentos de ligação ao outro, possibilitando colocar as nossas experiências em perspetiva, clarificando a extensão do autosofrimento (Neff, 2003a). Por esta razão, pode entender-se que uma atitude autocompassiva implica uma atenção particular a essa mesma experiência, conhecida como *mindfulness* (Goldstein & Kornfield, 1987; Hahn, 1976; Kabat-Zinn, 1994; Langer, 1989).

A autocompaixão engloba três componentes básicos: calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*. A primeira compreende o aumento da bondade e compreensão, ao contrário de uma postura autocrítica. Seguidamente, a condição humana significa entender as próprias experiências como fazendo parte de uma experiência humana maior, em vez de as

tentar isolar ou separar (Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a,b). Por último, o conceito de *mindfulness* significa prestar intencionalmente atenção de forma particular ao momento presente com uma postura não ajuizadora. Este tipo de atenção conduz a uma maior consciência, clareza e aceitação do momento presente (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994; Neff, 2003a,b; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). A atenção plena na psicologia contemporânea tem sido adotada como uma abordagem para aumentar a consciencialização e responder de forma adaptativa a processos mentais que contribuem para o sofrimento emocional e o comportamento disfuncional (Bishop et al., 2004). A autocompaixão está relacionada com a saúde mental assumindo-se como uma estratégia de autoregulação emocional com efeito de proteção no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Neff 2003a; Neff 2003b; Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005). Por outro lado, não ser autocompassivo relaciona-se com a ansiedade, a depressão, o perfeccionismo neurótico, a ruminação e o autocrítico (Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003a,b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007a). Um estudo realizado por Moreira, Gouveia, Carona, Silva e Canavarro (2015) concluiu que níveis baixos de autocompaixão materna associam-se à vinculação do tipo evitante/ansiosa e a uma pior qualidade de vida das crianças. A amostra foi constituída por 171 famílias com crianças/adolescentes dos 8 aos 18 anos. Os resultados estão de acordo com estudos desenvolvidos por Neff e McGehee (2010), que demonstraram que a vinculação segura está positivamente ligada à autocompaixão.

De um modo contrário, os indivíduos com elevados níveis de **autocrítico** caracterizam-se por padrões rígidos, esforços crescentes para o domínio e realização, uma necessidade marcada de reconhecimento e uma vulnerabilidade a sentimentos de fracasso (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982). Um considerável corpo de investigação empírica demonstrou a relação do autocrítico com a vulnerabilidade à depressão e com relações interpessoais pobres (Blatt et al., 1992; Zuroff, Moskowitz, & Cote, 1999). Além da sintomatologia depressiva, o autocrítico também se relaciona com as perturbações alimentares, de ansiedade social e de personalidade, assim como sintomas psicóticos (Werner, Tibubos, Rohrmann, & Reiss, 2018). O autocrítico é um processo que varia nas suas formas e funções. Uma das formas de autocrítico foca-se na decepção, inferioridade e sentimentos de inadequação (Eu Inadequado), já a outra forma de ser autocrítico (Eu Detestado) envolve um autodescontentamento e uma autoaversão. Por fim, o Eu Tranquilizador que indica uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o *Eu* (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004).

Investigações que relacionaram autocompaixão e autocrítico concluíram que o autocrítico se encontra negativamente ligado ao bem-estar, contrariamente à

autocompaixão (Fritzsche, 2016; López, Sanderman, Ranchor, & Schroevers, 2018) que, por seu lado, funciona como um “amortecedor” da ansiedade e depressão (Gilbert, 2005a; Neff, 2003b; Neff et al., 2007).

A **psicopatologia da mãe**, nomeadamente no que respeita à depressão materna, aumenta a probabilidade da presença de um ou mais dos quatro mecanismos na transmissão de fatores de risco para as crianças/adolescentes: a) ter uma mãe deprimida confere à criança uma predisposição genética para a depressão; b) bebés de mães deprimidas nascem com mecanismos neuroregulatórios disfuncionais que podem interferir com os processos de regulação emocional e, conseqüentemente, aumentar a vulnerabilidade à depressão; c) mães deprimidas expõem os seus filhos a cognições, comportamentos e afetos negativos ou desadaptativos, o que coloca as crianças sob risco elevado de desenvolver depressão; d) o contexto de vida das crianças em famílias com mães deprimidas, contribuem significativamente para o desenvolvimento de psicopatologia nas crianças (Goodman & Gotlib, 1999). Goergen, Bolten, Schröder, Schmid e Stadler (2018) encontraram associações entre a psicopatologia materna medida pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos e o aparecimento de comportamentos externalizantes nas crianças. Assim, pontuações elevadas nas obsessões-compulsões, depressão e sensibilidade interpessoal associaram-se a problemas de comportamento.

No decorrer da nossa pesquisa constatámos que são ainda escassos os estudos exploratórios que relacionam a autocompaixão, autocrítica e psicopatologia da mãe e a sua implicação no funcionamento familiar e/ou no comportamento de crianças e adolescentes. As investigações encontradas abordam de uma forma mais geral estas variáveis, focando-se a maioria no funcionamento de ambos os pais, e não apenas na mãe (Kane & Garber, 2004; Klein, Lewinshon, Rohde, Seeley, & Olino, 2005; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007). No que concerne à psicopatologia da mãe, as investigações encontradas focam-se maioritariamente na depressão (Goodman, 2007; Goodman, & Gotlib, 1999; Goodman et al., 2011).

Tendo em conta o aumento da complexidade de configurações familiares ocorridas ao longo do tempo e por ser importante estudar o relacionamento entre os diferentes membros de um sistema, considerámos pertinente investigar estas mudanças e relacionar com algumas variáveis psicológicas maternas, para averiguar de que forma estão relacionadas com o comportamento dos filhos.

## Materiais e Métodos

### Âmbito geral do estudo

A presente investigação está inserida num projeto de investigação mais alargado, que tem como objetivo analisar o impacto de variáveis psicológicas maternas (autocompaixão, autocriticismo e sintomatologia psicopatológica) no funcionamento familiar, no estilo educativo materno e no comportamento dos filhos. Neste estudo foi usado o protocolo de investigação do projeto, para alcançar o maior número de participantes, tendo a recolha de dados ocorrido entre dezembro de 2018 e abril de 2019.

### Participantes

O tipo de amostragem é não probabilístico de conveniência, uma vez que o protocolo do estudo foi partilhado através das redes sociais e enviado por correio eletrónico, onde foi pedido que apenas mães com filhos entre os 4 e os 17 anos de idade respondessem ao formulário. Ainda assim, em alguns casos, é identificado o tipo de amostragem “bola de neve” na partilha dos instrumentos em suporte papel visto que foram as próprias mães que referenciaram outras que pudessem participar no estudo (Carmo & Ferreira, 2002).

Como se pretende investigar a relação entre variáveis maternas e o comportamento de crianças/adolescentes, foi definido como critério de inclusão ser mãe de filhos com idades entre os 4 e os 17 anos que aceitassem participar no estudo de forma voluntária preenchendo o consentimento informado (Apêndice A). Ao invés, foram excluídas de participar na investigação as respostas de mães sobre os seus filhos adotados.

O protocolo foi inicialmente partilhado com algumas associações/instituições através das redes sociais e enviado também por correio eletrónico a pessoas que preenchiam os critérios de inclusão. Foram ainda distribuídos alguns protocolos em suporte papel ( $n = 56$ ; 13%), perfazendo no total 431 sujeitos que participaram na investigação.

Na Tabela 1 apresentam-se os dados sociodemográficos da amostra. As mães são as participantes do estudo e têm idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos ( $M = 39,37$ ;  $DP = 5,47$ ), sendo que a grande maioria tem entre 36 e 49 anos (72,6%). Por sua vez, a idade dos pais varia entre os 24 e os 74 anos ( $M = 41,65$ ;  $DP = 6,81$ ), também com a faixa etária dos 36 aos 49 anos a ter maior representatividade (75,1%). Ao nível da escolaridade, 52,7% das mães possui licenciatura, seguidas do ensino secundário (23,0%). Já os pais, detêm maioritariamente o ensino secundário (40,5%) seguidos da licenciatura (27,1%). No geral, as mães encontram-se a exercer atividade (86,3%), são casadas ou vivem em união de facto (80,0%) e têm dois filhos (46,2%). A relação mãe-pai é na grande maioria muito boa (52,9%) e a tipologia familiar que se destaca é a família nuclear (76,1%) seguida da família monoparental (19,0%). Quanto

aos rendimentos mensais do agregado familiar, 67,7% considera ter rendimentos médios. Relativamente à história psiquiátrica atual da mãe, 91,9% afirma não possuir qualquer perturbação psiquiátrica e as restantes 35 mães têm maioritariamente perturbações depressivas (4,4%), seguidas das perturbações ansiosas (1,6%).

**Tabela 1**  
*Caracterização sociodemográfica dos Pais*

		<i>n</i>	%
<b>Faixa Etária Mãe</b> ( <i>n</i> = 431) ( <i>M</i> = 39,37; <i>DP</i> = 5,47)	23-35 anos	99	23
	36-49 anos	313	72,6
	50-59 anos	19	4,4
<b>Faixa Etária Pai</b> ( <i>n</i> = 429) <sup>a</sup> ( <i>M</i> = 41,65; <i>DP</i> = 6,81)	24-35 anos	61	14,2
	36-49 anos	322	75,1
	50-59 anos	39	9,1
	60-74 anos	7	1,6
<b>Escolaridade Mãe</b> ( <i>n</i> = 431)	Ensino Básico	33	7,7
	Secundário	99	23,0
	Licenciatura	227	52,7
	Mestrado/Doutoramento	72	16,7
<b>Pai</b> ( <i>n</i> = 417) <sup>a</sup>	Ensino Básico	94	22,5
	Secundário	169	40,5
	Licenciatura	113	27,1
	Mestrado/Doutoramento	41	9,8
<b>Situação Profissional Mãe</b> ( <i>n</i> = 431)	Exerce atividade	372	86,3
	Não exerce atividade	59	13,7
<b>Situação Conjugal Atual</b> ( <i>n</i> = 431)	Solteira	14	3,2
	Casada/União de facto	345	80,0
	Divorciada/Separada	69	16,0
	Viúva	3	0,7
<b>Nº de filhos</b> ( <i>n</i> = 431)	1 filho	165	38,3
	2 filhos	199	46,2
	3 ou mais filhos	67	15,5
<b>Relação Mãe-Pai</b> ( <i>n</i> = 431)	Inexistente	3	0,7
	Muito Boa	228	52,9
	Boa	116	26,9
	Razoável	54	12,5
	Mais má que boa	22	5,1
	Muito má	8	1,9
<b>Tipo de Família</b> ( <i>n</i> = 431)	Família Monoparental	82	19,0
	Família Nuclear	328	76,1
	Família Reconstituída	21	4,9
<b>Rendimentos Mensais</b> ( <i>n</i> = 431)	Muito Baixos	13	3,0
	Baixos	94	21,8
	Médios	292	67,7
	Altos	29	6,7
	Muito Altos	3	0,7
<b>História Psiquiátrica Atual</b> ( <i>n</i> = 431)	Sim	35	8,1
	Não	396	91,9
<b>Quadro Clínico</b> ( <i>n</i> = 30) <sup>a</sup>	Perturbações Depressivas	19	4,4
	Perturbações Ansiosas	7	1,6
	Perturbações do Sono	1	0,2
	Outras	3	0,7

*Nota.* *n* = Número de sujeitos; % = Percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; <sup>a</sup> Perguntas de resposta não obrigatória.

No que concerne à caracterização sociodemográfica do filho em relação ao qual o protocolo foi preenchido, a média de idades foi de 8,77 anos (*M* = 8,77; *DP* = 3,87) sendo a maioria (55,5%) do sexo masculino. As idades dos filhos com maior representação nesta amostra situam-se entre os 6 e os 10 anos (42%), seguidos das idades entre os 4 e os 5 anos (26%). Tendo em conta o comportamento precoce, a maioria das mães afirma que em criança os seus filhos foram vigorosos (interessados pelo que os rodeava, sorridentes e ativos na

interação (92,8%), seguindo-se os referidos como agitados, choramingas e difíceis de sossegar (4,4%). Relativamente à frequência de visitas do pai ao filho, as mães responderam maioritariamente que os pais estavam todos os dias com os seus filhos (75,2%). No que respeita ao rendimento académico destes filhos, 96,8% nunca reprovaram um ano letivo (Tabela 2).

**Tabela 2***Caracterização Sociodemográfica do filho em relação ao qual o protocolo foi preenchido*

		<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Idade</b> ( <i>n</i> = 431) ( <i>M</i> = 8,72; <i>DP</i> = 3,87)	4-5 anos	112	26,0
	6-10 anos	181	42,0
	11-14 anos	94	21,8
	15-17 anos	44	10,8
<b>Sexo</b> ( <i>n</i> = 431)	Masculino	239	55,5
	Feminino	192	44,5
<b>Comportamento Precoce até 2 anos</b> ( <i>n</i> = 431)	Vigorosa	400	92,8
	Pouco interessada	6	1,4
	Agitada	19	4,4
	Indiferente	6	1,4
<b>Frequência visitas pai</b> ( <i>n</i> = 431)	Todos os dias	324	75,2
	Quase todos os dias	26	6,0
	Semanalmente	25	5,8
	Quinzenalmente	19	4,4
	Mensalmente	9	2,1
	Raramente	23	5,3
	Nunca	5	1,2
<b>Reprovação Escolar</b> ( <i>n</i> = 431)	Sim	14	3,2
	Não	417	96,8

*Nota.* *n* = Número de sujeitos; % = Percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão.

## Procedimentos

De acordo com o protocolo de investigação definido, foram solicitadas as autorizações aos autores dos instrumentos através de um pedido formal, onde foram explicados os principais objetivos do estudo, explicando que a sua utilização se destinava apenas a fins de investigação. Ceditas as autorizações, iniciou-se a elaboração do protocolo no Google Docs, seguida da divulgação do estudo *online* em grupos fechados nas redes sociais (tais como: grupos de mães, psicólogos e de apoio e divulgação de dissertações de mestrado).

Foi também realizado um pedido formal à Santa Casa da Misericórdia da Lousã (Apêndice B), que autorizou a administração do protocolo no Jardim de Infância. O protocolo foi ainda enviado por correio eletrónico e entregue em formato papel a contactos pessoais que se disponibilizaram a participar no estudo.

O protocolo contém um termo de consentimento informado no qual é explicado aos participantes os objetivos da investigação e onde é assegurada a sua confidencialidade e anonimato, bem como a participação voluntária no estudo. O protocolo da investigação é composto por: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15), Escala de

Autocompaixão (SELFCS), Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

### **Instrumentos**

**Questionário Sociodemográfico** - O presente Questionário Sociodemográfico (Apêndice C) foi adaptado a partir de um questionário criado pela orientadora da investigação, e objetivou, de uma forma geral, a recolha de dados pessoais relativos ao agregado familiar, estando direcionado para ser respondido pelas mães, indo ao encontro do âmbito do estudo. É constituído por questões de autorresposta e avalia aspetos como: idade dos pais, nível de escolaridade, situação profissional, profissão, perspetiva dos rendimentos mensais, situação conjugal atual, que tipo de relação mantêm os pais entre si, a frequência de visitas do pai ao filho, com quem a mãe vive e história psiquiátrica atual. Em relação aos filhos coloca questões como: idade, sexo, se reprovou algum ano e comportamento precoce.

**Questionário de Capacidades e Dificuldades / *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) Versão Pais** - É uma versão original de Goodman (1997), adaptado para a população portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005). É um breve questionário que avalia o comportamento, as emoções e as relações de crianças e adolescentes entre os 4 e os 17 anos (Goodman, 1997). Este instrumento tem versões para pais e professores e uma versão de autorresposta que pode ser preenchida por jovens entre os 11 e os 17 anos de idade. Nesta investigação, o questionário foi preenchido pelas mães que avaliaram o comportamento dos filhos. Todas as versões do SDQ contêm 25 itens de resposta e estão divididos em 5 subescalas: Sintomas Emocionais (itens 3, 8, 13, 16, 24), Problemas de Comportamento (itens 5, 7, 12, 18, 22), Hiperatividade/Défice de Atenção (itens 2, 10, 15, 21, 25), Dificuldades na Relação com os Pares (itens 6, 11, 14, 19, 23) e Comportamento Pró-Social (itens 1, 4, 9, 17, 20). Cinco itens são pontuados invertidamente: 7, 11, 14, 21 e 25. Trata-se de uma escala tipo Likert, em que cada item pode ser preenchido com: 0 = Não é verdade, 1 = É um pouco verdade e 2 = É muito verdade. O resultado de cada subescala é considerado apenas quando pelo menos 3 itens tenham obtido resposta. A pontuação total das subescalas é obtida pela soma dos valores obtidos em cada item, variando entre 0 e 10. A pontuação total da escala completa pode variar entre 0 e 40 pontos (a pontuação obtida na subescala do comportamento pró-social não é contabilizada). Nas dimensões Problemas Emocionais, de Comportamento, Hiperatividade e de Relacionamento entre Pares o resultado indica a pontuação total de dificuldades (Goodman, 1997).

O alfa de Cronbach em estudos originais apresenta um valor de 0,76 para o total de dificuldades (Smedje, Broman, Hetta, & Von Knorring; 1999). Na população portuguesa obteve-se um alfa de 0,74 para o total de dificuldades (Conceição & Carvalho, 2013), valores considerados razoáveis. Neste estudo, a análise de consistência interna revelou um  $\alpha$  de 0,82 para o total de dificuldades, apresentando um bom índice de confiabilidade.

**Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15)** - É uma escala de Stratton, Bland, Janes e Lask (2010), adaptada para a população portuguesa por Vilaça, Silva e Relvas (2014). É um questionário de autorresposta que avalia o funcionamento familiar em três dimensões: Recursos Familiares (RF: itens 1, 3, 6, 10 e 15), Comunicação na Família (CF: itens 2, 4, 8, 12 e 13) e Dificuldades Familiares (DF: itens 5, 7, 9, 11 e 14). É uma escala tipo Likert com as opções de resposta cotadas com valores que variam de 1 a 5 (Descreve-nos: 1 = Muito bem, 2 = Bem, 3 = Em parte, 4 = Mal e 5 = Muito Mal). Pode ser administrado a indivíduos, casais e famílias, desde que os seus elementos tenham pelos menos 12 anos de idade (Stratton et al., 2010; Vilaça et al., 2014). Neste estudo foi administrado às mães por adequação ao tema da investigação. A cotação do SCORE-15 implica a inversão de itens (2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14). Posteriormente, procede-se à soma de todos os itens (15) e divide-se por 15 (média do resultado total). Assim, as pontuações mais elevadas irão corresponder às dificuldades na família. Para calcular a pontuação das dimensões soma-se os cinco itens correspondentes a cada dimensão e divide-se esse valor por cinco. Quanto mais baixos forem os resultados melhor é o funcionamento familiar (Stratton et al., 2010; Vilaça et al., 2014).

Em estudos originais (Stratton et al., 2010), o SCORE-15 apresenta uma boa consistência interna na totalidade da escala ( $\alpha = 0,89$ ),  $\alpha = 0,83$  na subescala RF,  $\alpha = 0,85$  na subescala CF e  $\alpha = 0,78$  na subescala DF (Hamilton, Carr, Cahill, Cassells, & Hartnett, 2015). Na versão portuguesa, a escala total apresenta também uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,84$ ) e nas subescalas obtém valores de alfa de 0,85, 0,83 e 0,82 nas subescala Recursos Familiares, Comunicação na Família e Dificuldades Familiares respetivamente (Relvas & Major, 2014). No nosso estudo, obtivemos um alfa de Cronbach na escala total de 0,87, e nas subescalas Recursos Familiares, Comunicação na Família e Dificuldades Familiares os valores foram de 0,78, 0,77 e 0,76 respetivamente, indicadores de uma boa consistência interna no total da escala e razoável nas subescalas.

**Escala de Autocompaixão / Self-Compassion Scale (SELFCS)** - É uma escala original de Kristin D. Neff (2003). Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia (2006). A escala foi desenvolvida para representar os pensamentos, emoções e comportamentos associados à componente da autocompaixão. É um instrumento de autorresposta e pode ser preenchido pela população em geral (Neff, 2016). A escala é

constituída por 26 itens organizados em seis subescalas que correspondem a: Calor/Compreensão (itens 5, 12, 19, 23 e 26), Autocrítica (itens 1,8,11,16 e 21), Condição Humana (itens 3,7, 10 e 15), Isolamento (itens 4, 13, 18 e 25), *Mindfulness* (itens 9, 14, 17 e 22) e Sobreidentificação (itens 2, 6, 20 e 24) (Neff, 2003). O instrumento inicia-se com a frase “Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?” e no seu preenchimento recorre a uma escala de 5 pontos tipo Likert: (1 = Quase nunca; 2 = Raramente; 3 = Algumas vezes; 4 = Muitas vezes e 5 = Quase sempre) (Cunha, Xavier, & Castilho 2016). A pontuação das subescalas é obtida através cálculo da média dos itens de resposta. Para obter a pontuação total da SELFCS, somam-se os valores das subescalas Calor/Compreensão, Humanidade Comum e *Mindfulness* com os valores das subescalas Autocrítica, Isolamento e Sobreidentificação. Pontuações mais elevadas revelam maior autocompaixão. Os itens invertidos da escala são os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 (Cunha et al., 2016).

A escala original apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,92$ ). As seis subescalas revelaram também coeficientes adequados de consistência interna (Calor/Compreensão:  $\alpha = 0,78$ ; Autocrítica:  $\alpha = 0,77$ ; Humanidade Comum:  $\alpha = 0,80$ ; Isolamento:  $\alpha = 0,79$ ; *Mindfulness*:  $\alpha = 0,75$ ; Sobreidentificação:  $\alpha = 0,81$ ) (Neff, 2003b). Num estudo realizado em Portugal com estudantes universitários, a SELFCS apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,89$ ) para o total da escala, sendo boa e razoável nas subescalas Calor/Compreensão ( $\alpha = 0,84$ ), Autocrítica ( $\alpha = 0,82$ ), Humanidade Comum ( $\alpha = 0,77$ ), Isolamento ( $\alpha = 0,75$ ), *Mindfulness* ( $\alpha = 0,73$ ) e Sobreidentificação ( $\alpha = 0,78$ ) (Castilho & Gouveia, 2011). Neste estudo, o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,91 e nas subescalas foi: Calor/Compreensão:  $\alpha = 0,83$ ; Autocrítica:  $\alpha = 0,73$ ; Humanidade Comum:  $\alpha = 0,71$ ; Isolamento:  $\alpha = 0,73$ ; *Mindfulness*:  $\alpha = 0,74$ ; Sobreidentificação:  $\alpha = 0,76$ . O total da escala e da subescala Calor/Compreensão têm uma boa consistência interna e as restantes subescalas obtiveram valores razoáveis.

**Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização / *Forms Of Self Criticising/Attacking & Self Reassuring Scale (FSCRS)*** - É uma escala original de Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, e Irons (2004), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia (2005). Esta escala tem como objetivo avaliar de que forma as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). É um instrumento de autorresposta constituído por 22 itens em que os participantes são solicitados a responder a cada item com base na frase “Quando as coisas correm mal...”. Está distribuído em três subescalas: Eu Inadequado (itens 1, 2, 2, 6, 7, 14, 17, 18, 20, e 22), Eu Tranquilizador (itens 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19 e 21) e Eu Detestado (itens 9, 10 e 11). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de cinco pontos: 0 = Não sou assim, 1 = Sou um pouco assim, 2 = Sou moderadamente assim, 3 = Sou bastante assim e 4 = Sou

extremamente assim. Para obter a pontuação total são somados os valores (0-4) obtidos em cada resposta, pertencentes a cada subescala e, quanto maior a pontuação, mais frequente é a forma de autocrítico correspondente. A escala não contém itens invertidos (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Na versão original (Gilbert et al., 2004) os valores de consistência interna obtidos foram:  $\alpha = 0,90$  para a subescala Eu Inadequado,  $\alpha = 0,86$  para a subescala Eu Tranquilizador e  $\alpha = 0,86$  para a subescala Eu Detestado, indicadores de boa consistência interna. Para a população portuguesa obtiveram-se os seguintes resultados nas subescalas: Eu Inadequado ( $\alpha = 0,89$ ), Eu Tranquilizador ( $\alpha = 0,87$ ) e Eu Detestado ( $\alpha = 0,62$ ) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No presente estudo, os valores de consistência interna foram:  $\alpha = 0,88$ ,  $\alpha = 0,91$  e  $\alpha = 0,67$ , respetivamente para as subescalas Eu Inadequado, Eu Tranquilizador e Eu Detestado. Assim, as duas primeiras subescalas apresentam uma boa consistência interna e a última uma consistência interna razoável.

**Inventário de Sintomas Psicopatológicos / *Brief Symptom Inventory (BSI)*** - É um inventário original de Derogatis (1982) e os primeiros estudos de adaptação para a população portuguesa realizaram-se por Canavarro (1999). É um instrumento que avalia sintomas psicopatológicos com nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. Derogatis (1982) definiu as nove dimensões pertencentes ao inventário: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e por último o Psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma das dimensões mas, dada a sua importância clínica, são considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 2007). O BSI pode ser administrado a sujeitos com perturbações psiquiátricas, a pessoas perturbadas emocionalmente, ou quaisquer outros doentes, bem como à população em geral e adolescentes (idade mínima de 13 anos). É um inventário de autorresposta, e a pessoa deverá selecionar as respostas que melhor descrevem a forma como aquele problema o afetou nos sete dias anteriores, numa escala tipo Likert (0-4), em que 0 = nunca, 1 = poucas vezes, 2 = algumas vezes, 3 = muitas vezes e 4 = muitíssimas vezes. A pontuação das nove dimensões psicopatológicas obtém-se através da soma dos valores de cada item, pertencentes a cada dimensão, dividida pelo número de itens a que o sujeito respondeu para essa dimensão. O BSI tem o Índice Geral de Sintomas (IGS; somar todos os itens e dividir por 53) que representa a intensidade do mal-estar experienciado, o Índice de Sintomas Positivos (ISP; dividir o somatório de todos os itens pelo TSP), que é a

média da intensidade de todos os sintomas assinalados, e o Total de Sintomas Positivos (TSP; contabilizar o número de respostas maiores que zero), que corresponde ao número de queixas sintomáticas apresentadas. Assim, quando se obtém um TSP elevado significa que existe uma sintomatologia complexa e um valor no ISP  $\geq 1,7$  significa a probabilidade de presença de perturbação psicopatológica (Canavarro, 2007).

A escala original apresenta valores bons de consistência interna para as nove dimensões, a variar entre  $\alpha = 0,71$  para a escala do Psicoticismo e  $\alpha = 0,85$  para a escala da Depressão. Em estudos realizados em Portugal, o alfa de Cronbach situa-se entre 0,7 e 0,8, à exceção das dimensões Ansiedade Fóbica e Psicoticismo que apresentam valores inferiores ( $\alpha = 0,62$  e  $\alpha = 0,62$  respetivamente) (Canavarro, 2007). Os valores do alfa de Cronbach nas nove dimensões obtidos neste estudo foram os seguintes: Somatização ( $\alpha = 0,86$ ), Obsessões-Compulsões ( $\alpha = 0,84$ ), Sensibilidade Interpessoal ( $\alpha = 0,86$ ), Depressão ( $\alpha = 0,86$ ), Ansiedade ( $\alpha = 0,84$ ), Hostilidade ( $\alpha = 0,75$ ), Ansiedade Fóbica ( $\alpha = 0,84$ ), Ideação Paranoide ( $\alpha = 0,75$ ) e Psicoticismo ( $\alpha = 0,77$ ). Estes valores são na sua generalidade considerados bons indicadores de consistência interna, à exceção da subescala Hostilidade, Ideação Paranoide e Psicoticismo, que apresentou valores considerados razoáveis.

### **Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada através da utilização do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics versão 25 para Windows), onde os dados foram tratados e salvaguardados apenas para fins de investigação. Tendo em conta a dimensão da amostra foi realizada estatística paramétrica.

Primeiramente, procedeu-se à recodificação de variáveis, com o objetivo de obter grupos mais pequenos, para facilitar a análise estatística. Foram recategorizadas a idade da mãe e do pai em três faixas etárias, respetivamente (23-35, 36-49, 50-59 e 24-35, 36-49, 50-74). No mesmo seguimento, dividimos a idade dos filhos tendo em conta a fase escolar e as etapas de desenvolvimento (4-5, 6-10, 11-14 e 15-17). Na escolaridade dos pais optou-se por eliminar a variável analfabeto por não existirem casos e recodificar da seguinte forma: ensino básico, ensino secundário, licenciatura e mestrado/doutoramento. Relativamente à situação profissional dividimos em dois grupos (exerce atividade e não exerce atividade). No estado civil, inicialmente, havia quatro grupos, que foram divididos em dois: sem companheiro (solteira, divorciada/separada e viúva) e com companheiro (casada/união de facto). No que concerne à relação mãe-pai recategorizou-se em três grupos, muito boa/boa, razoável e má/muito má/inexistente. A variável frequência de visitas do pai ao seu filho, dividida inicialmente em sete grupos, foi recodificada em três: frequentemente (todos os dias, quase

todos os dias), esporadicamente (semanalmente, quinzenalmente) e raramente (mensalmente, raramente e nunca). Para caracterizar o tipo de família recorreremos à variável “reside com” e definimos os seguintes grupos: família monoparental, nuclear e reconstituída. Recodificámos os rendimentos mensais em três grupos: baixos (muito baixos e baixos), médios (médios) e altos (muito altos e altos). Perante o quadro clínico referido pelas mães, dividimos as perturbações psicológicas em quatro grupos: depressivas, ansiosas, sono e outras. Por fim, no comportamento precoce do filho utilizou-se a seguinte distribuição de grupos: com alterações (crianças pouco interessadas, agitadas e indiferentes) e sem alterações (crianças sorridentes e ativas na interação).

Anteriormente à análise estatística dos dados, foi necessário verificar a normalidade das variáveis em estudo. A normalidade da distribuição da amostra foi averiguada através do teste Kolmogorov-Smirnov (KS) e dos coeficientes de assimetria e de achatamento seguindo os critérios de Kim (2013) [valor absoluto de curtose ( $Ku$ ) inferiores a 7 e de assimetria ( $Si$ ) inferiores a 2 são indicadores de normalidade para amostras superiores a 300 sujeitos]. Após a verificação destes valores, observou-se um tipo de distribuição não normal em todas as escalas. De acordo com Pallant (2011) os valores de assimetria e curtose são sensíveis a amostras grandes. Assim, analisámos estes valores e verificámos a existência de *outliers* nas escalas. A autora sugere comparar os valores médios das escalas/subescalas com os valores médios apurados (5%), estatística esta que permite ver se as pontuações extremas estão a ter uma forte influência na média original. Após comparar as duas médias e caso esses valores médios sejam muito diferentes, a autora refere ser necessário investigar esses casos com mais pormenor. Com efeito, procedemos às referidas análises e verificámos que as médias normais das escalas e subescalas não diferem muito das médias apuradas para as mesmas, o que pode ficar a dever-se ao facto dos *outliers* serem derivados do tamanho da amostra.

Posto isto, procedeu-se inicialmente à caracterização da amostra onde foram calculadas as estatísticas descritivas e medidas de tendência central. Também se calcularam os valores do alfa de Cronbach dos instrumentos, valores interpretados de acordo com o sugerido por Pestana e Gageiro (2008):  $\alpha < 0,6$  (inadmissível);  $\alpha$  entre 0,6 e 0,7 (fraca);  $\alpha$  entre 0,7 e 0,8 (razoável);  $\alpha$  entre 0,8 e 0,9 (boa) e  $\alpha > 0,9$  (muito boa).

De seguida, foram realizadas as correlações de Pearson entre os instrumentos utilizados no estudo. Para avaliar a magnitude das correlações recorreremos aos intervalos sugeridos por Cohen (1988): 0,10-0,29 (baixa); 0,3-0,49 (moderada) e 0,50-1 (elevada). Por fim, recorreremos ao teste  $t$  de Student para amostras independentes para comparar médias de dois grupos e à ANOVA para três ou mais grupos. O eta quadrado de Cohen serviu para mensurar a magnitude das diferenças das médias dos grupos. A interpretação dos valores de  $d$  realizou-se com recurso

aos critérios de Cohen (1988): insignificante (< 0,19) pequeno (0,20 - 0,49) médio (0,50 - 0,79) e grande (0,80 - 1,29).

## Resultados

Na Tabela 3 apresenta-se o estudo descritivo das Capacidades e Dificuldades dos filhos, da Disfuncionalidade Familiar, da Autocompaixão, do Autocriticismo e da Sintomatologia Psicopatológica. Relativamente à escala que avalia o comportamento das crianças, podemos destacar maior prevalência de comportamentos pró-sociais ( $M = 1,66$ ;  $DP = 0,38$ ), seguindo-se os problemas de hiperatividade/défice de atenção ( $M = 0,84$ ;  $DP = 0,50$ ). No que concerne ao funcionamento familiar, evidencia-se uma maior média na subescala das Dificuldades Familiares ( $M = 1,86$ ;  $DP = 0,75$ ). Na escala da Autocompaixão, a Condição Humana é a que mais se destaca ( $M = 3,56$ ;  $DP = 0,75$ ) seguida do *Mindfulness* ( $M = 3,48$ ;  $DP = 0,76$ ). Na escala do Autocriticismo evidencia-se a subescala Eu Tranquilizador com a média mais elevada de entre as restantes ( $M = 2,64$ ;  $DP = 0,86$ ). Por fim, quanto à psicopatologia materna destacamos a Ideação Paranóide com a média mais alta ( $M = 0,47$ ;  $DP = 0,56$ ) seguida da subescala Obsessões-Compulsões ( $M = 0,43$ ;  $DP = 0,59$ ).

**Tabela 3**

*Estatísticas descritivas das dimensões do SDQ, do SCORE-15, da SELFCS, da FSCRS e do BSI*

	Variação			Variação Teórica	
	Min-Máx	<i>M</i>	<i>DP</i>	Normal (Min-Máx)	Média (Min-Máx)
<b>SDQ Total</b>	0-1,55	0,51	0,26	0-40	0-2
Sintomas Emocionais	0-2	0,48	0,39	0-10	0-2
Problemas Comport.	0-1,60	0,37	0,29	0-10	0-2
Hiperatividade/Atenção	0-2	0,84	0,50	0-10	0-2
Dificuldades R. Pares	0-1,80	0,33	0,33	0-10	0-2
Comport.PróSocial	0,4-2	<b>1,66</b>	0,38	0-10	0-2
<b>SCORE-15 Total</b>	1,40-4,13	3,31	0,41	15-75	1-5
Comunicação	1-5	1,83	0,75	5-25	1-5
Recursos	1-5	1,63	0,60	5-25	1-5
Dificuldades	1-5	<b>1,86</b>	0,75	5-25	1-5
<b>SELFCS Total</b>	1,73-5	3,34	0,59	26-130	1-5
Calor/Compreensão	1-5	3,25	0,84	5-25	1-5
Autocrítica	1-5	3,27	0,78	5-25	1-5
Condição Humana	1,25-5	<b>3,56</b>	0,75	4-20	1-5
Isolamento Social	1-5	3,46	0,86	4-20	1-5
<i>Mindfulness</i>	1-5	3,48	0,76	4-20	1-5
Sobreidentificação	1-5	3,35	0,85	4-20	1-5
<b>FSCRS</b> Eu Inadequado	0-3,70	1,21	0,76	0-40	0-4
Eu Tranquilizador	0,25-4	<b>2,64</b>	0,86	0-32	0-4
Eu Detestado	0-4	0,37	0,64	0-12	0-4
<b>BSI</b> Somatização	0-2,86	0,25	0,47	0-28	0-4
Obsessões/Compulsões	0-3	0,43	0,59	0-24	0-4
Sensibilidade Int.	0-3	0,34	0,58	0-16	0-4
Depressão	0-3	0,36	0,56	0-24	0-4
Ansiedade	0-2,83	0,40	0,53	0-24	0-4
Hostilidade	0-3	0,32	0,45	0-20	0-4
Ansiedade Fóbica	0-2,8	0,15	0,40	0-20	0-4
Ideação Paranóide	0-3	<b>0,47</b>	0,56	0-20	0-4
Psicoticismo	0-3	0,26	0,47	0-20	0-4
ISP	0-3	1,24	0,60	1-212	1-4

*Nota.* SDQ = Strengths and Difficulties questionnaire; SCORE-15 = Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation; SELFCS = Self-Compassion Scale; FSCRS = Forms Of Self Criticising/attacking & Self Reassuring Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; ISP = Índice de Sintomas Positivos; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo.

Seguidamente, apresentamos as correlações de Pearson (Tabela 4). De um modo geral, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) correlaciona-se de modo significativo com todas os construtos estudados. De destacar que a escala de Autocompaixão se correlaciona negativamente com todas as dimensões do BSI, sendo a força da correlação forte com a Depressão ( $r = -0,51$ ). De forma também negativa o Eu Tranquilizador correlaciona-se com todas as subescalas do BSI. E, sendo que o autocriticismo se correlaciona com todas as dimensões do BSI, destacam-se como fortes as relações entre o Eu Inadequado e as dimensões Obsessões-Compulsões ( $r = 0,50$ ), Sensibilidade Interpessoal ( $r = 0,53$ ), Depressão ( $r = 0,55$ ), Hostilidade ( $r = 0,50$ ) e Psicoticismo ( $r = 0,54$ ). A subescala Comportamento Pró-Social é a única que se correlaciona de forma negativa com o BSI. Ainda identificamos correlações significativas entre o BSI e as Capacidades e Dificuldades de crianças/adolescentes (SDQ), com magnitudes que variam entre baixas e moderadas.

**Tabela 4**  
*Correlações de Pearson entre o BSI, SDQ, SCORE-15, SELFCS e FSCRS*

Escalas	BSI									
	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P	ISP
<b>SDQ</b>	0,32**	0,39**	0,29**	0,31**	0,34**	0,29**	0,24**	0,29**	0,32**	0,28**
Sintomas Emoc.	0,33**	0,34**	0,27**	0,27**	0,34**	0,24**	0,27**	0,26**	0,31**	0,24**
Problemas C.	0,11*	0,20**	0,17**	0,18**	0,17**	0,19**	0,05	0,15**	0,15**	0,15**
Hiperatividade	0,11*	0,19**	0,12*	0,12*	0,11*	0,16**	0,06	0,11*	0,11*	0,14**
Dificuldades P.	0,35**	0,37**	0,26**	0,30**	0,34**	0,23**	0,30**	0,29**	0,33**	0,25**
Comport. Pró-S.	-0,12*	-0,12*	-0,16**	-0,11*	-0,10*	-0,10	-0,18**	-0,14**	-0,16**	-0,08
<b>SCORE 15</b>	0,18**	0,23**	0,25**	0,33**	0,22**	0,23**	0,15**	0,27**	0,27**	0,14**
Comunicação F.	0,14**	0,15**	0,20**	0,22**	0,18**	0,19**	0,14**	0,23**	0,19**	0,11*
Recursos F.	0,10*	0,20**	0,19**	0,28**	0,14**	0,17**	0,10*	0,18**	0,22**	0,11*
Dificuldades F.	0,19**	0,23**	0,24**	0,33**	0,22**	0,22**	0,12*	0,26**	0,25**	0,13**
<b>SELFCS</b>	-0,36**	-0,47**	-0,48**	<b>-0,51**</b>	-0,41**	-0,43**	-0,27**	-0,40**	-0,46**	-0,37**
Calor/Compr.	-0,16**	-0,24**	-0,25**	-0,26**	-0,18**	-0,22**	-0,10*	-0,19**	-0,23**	-0,21**
Autocrítica	-0,30**	-0,42**	-0,41**	-0,45**	-0,38**	-0,41**	-0,23**	-0,40**	-0,45**	-0,35**
Condição Hum.	-0,10*	-0,16**	-0,21**	-0,18**	-0,10	-0,12	-0,04	-0,09	-0,15**	-0,13**
Isolamento S.	-0,39**	-0,48**	-0,47**	-0,55**	-0,46**	-0,42*	-0,33**	-0,43**	-0,48**	-0,36**
<i>Mindfulness</i>	-0,25**	-0,31**	-0,32**	-0,31**	-0,23**	-0,28**	-0,17**	-0,25**	-0,27**	-0,21**
Sobreidentific.	-0,36**	-0,45**	-0,46**	-0,50**	-0,47**	-0,46**	-0,31**	-0,41**	-0,45**	-0,37**
<b>FSCRS EI</b>	0,36**	<b>0,50**</b>	<b>0,53**</b>	<b>0,55**</b>	0,48**	<b>0,50**</b>	0,29**	0,45**	<b>0,54**</b>	0,34**
<b>FSCRS ET</b>	-0,28**	-0,30**	-0,37**	-0,39**	-0,25**	-0,30**	-0,22**	-0,26**	-0,37**	-0,18**
<b>FSCRS ED</b>	0,34**	0,38**	0,42**	0,42**	0,36**	0,38**	0,34**	0,33**	0,45**	-0,25**

*Nota.* \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; SDQ = Strengths And Difficulties Questionnaire; SCORE-15 = Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation; SELFCS = Self-Compassion Scale; FSCRS = Forms Of Self Criticising/Attacking & Self Reassuring Scale; EI = Eu Inadequado; ET = Eu Tranquilizador; ED = Eu Detestado; BSI = Brief Symptom Inventory; S = Somatização; OC = Obsessões/Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; D = Depressão; A = Ansiedade; H = Hostilidade; AF = Ansiedade Fóbica; IP = Ideação Paranoide; P = Psicoticismo; ISP = Índice De Sintomas Positivos.

Observa-se na Tabela 5 que o Eu Inadequado apresenta uma correlação positiva, de magnitude elevada com o total do SDQ ( $r = 0,51$ ). De realçar que toda a escala da Autocompaixão (SELFCS) se correlaciona de forma negativa com as dimensões das Capacidades e Dificuldades dos filhos, com exceção da subescala Comportamento Pró-Social. Inversamente, a escala da Disfuncionalidade Familiar (SCORE-15) correlaciona-se positivamente com todas as dimensões das Capacidades e Dificuldades dos filhos, à exceção do Comportamento Pró-Social com o qual se relaciona de forma negativa.

**Tabela 5**

*Correlações de Pearson entre SDQ, SCORE-15, SELFCS e FSCRS*

Escala	SDQ					
	T	SE	PC	H/DA	DP	CPS
<b>SCORE-15 Total</b>	0,26**	0,16**	0,27**	0,15**	0,18**	-0,21**
Comunicação Familiar	0,18**	0,01*	0,17**	0,11*	0,12*	-0,16**
Recursos Familiares	0,22**	0,12*	0,27**	0,11*	0,15**	-0,25**
Dificuldades Familiares	0,26**	0,18**	0,24**	0,15**	0,17**	-0,14**
<b>SELFCS Total</b>	-0,29**	-0,20**	-0,26**	-0,18**	-0,19**	0,17**
Calor/Compreensão	-0,20**	-0,11*	-0,23**	-0,14**	-0,19**	0,17**
Autocrítica	-0,24**	-0,18**	-0,19**	-0,11*	-0,10*	0,15**
Condição Humana	-0,09	-0,06	-0,12*	-0,07	-0,20**	0,14**
Isolamento Social	-0,28**	-0,20**	-0,18**	-0,16**	-0,23**	0,15**
<i>Mindfulness</i>	-0,21**	-0,13**	-0,18**	-0,18**	-0,01*	0,12*
Sobreidentificação	-0,27**	-0,21**	-0,21**	-0,15**	-0,20**	0,12*
<b>FSCRS Eu Inadequado</b>	<b>0,51**</b>	0,30**	0,23**	0,27**	0,15**	0,19**
<b>FSCRS Eu Tranquilizador</b>	-0,19**	-0,12**	-0,16**	-0,12*	-0,14**	0,16**
<b>FSCRS Eu Detestado</b>	0,27**	0,17**	0,22**	0,19**	0,18**	-0,14**

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; SDQ = Strengths And Difficulties Questionnaire; T= Total; SCORE-15 = Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation; SELFCS = Self-Compassion Scale; FSCRS = Forms Of Self Criticising/Attacking & Self Reassuring Scale.

Na Tabela 6, por seu turno, podemos identificar que a subescala Eu Inadequado se correlaciona negativamente com todas as dimensões da Autocompaixão (SELFCS), tendo uma correlação elevada com o total da escala ( $r = - 0,66$ ) e com as dimensões Autocrítica, Isolamento Social e Sobreidentificação ( $r = - 0,65$ ). De um modo contrário a dimensão Eu Tranquilizador da mesma escala correlaciona-se de forma positiva com todas as subescalas da Autocompaixão e de forma significativa com o total da escala ( $r = 0,64$ ) e com as dimensões Calor/Compreensão e *Mindfulness* ( $r = 0,54$ ). De destacar, a correlação negativa entre todas as dimensões da Autocompaixão e da Disfuncionalidade Familiar.

**Tabela 6**

*Correlações de Pearson entre SELFCS, FSCRS e SCORE-15*

Escala	SELFCS							FSCRS		
	T	CC	AC	CH	IS	M	SI	EI	ET	ED
<b>SCORE 15 T.</b>	-0,39**	-0,30**	-0,29**	-0,24**	-0,36**	-0,26**	-0,28**	0,34**	-0,37**	0,31**
Comunicação F.	-0,27**	-0,20**	-0,20**	-0,17**	-0,26**	-0,15**	-0,18**	0,25**	-0,26**	0,25**
Recursos F.	-0,35**	-0,27**	-0,24**	-0,22**	-0,34**	-0,26**	-0,23**	0,32**	-0,32**	0,27**
Dificuldades F.	-0,36**	-0,27**	-0,27**	-0,22**	-0,32**	-0,25**	-0,28**	0,29**	-0,34**	0,25**
<b>FSCRS Eu Inad.</b>	<b>-0,66**</b>	-0,38**	<b>-0,65**</b>	-0,19**	<b>-0,65**</b>	-0,37**	<b>-0,65**</b>	—	—	—
<b>FSCRS Eu Tran.</b>	<b>0,64**</b>	<b>0,54**</b>	0,45**	0,40**	0,44**	<b>0,54**</b>	0,43**	—	—	—
<b>FSCRS Eu Dete.</b>	-0,34**	-0,17**	-0,33**	-0,11*	-0,38**	-0,21**	-0,32**	—	—	—

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; SCORE-15 = Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation; SELFCS = Self-Compassion Scale; T = Total; CC = Calor/Compreensão; AC = Autocrítica; CH = Condição Humana; IS = Isolamento Social; M = *Mindfulness*; SI = Sobreidentificação; FSCRS = Forms Of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale; EI = Eu Inadequado; ET = Eu Tranquilizador; ED = Eu Detestado.

Para estudar diferenças nos construtos em função de algumas variáveis sociodemográficas, recorreremos ao teste *t* de Student para amostras independentes (sexo do filho, comportamento precoce do filho, história psiquiátrica da mãe e relação mãe-pai) e à ANOVA (faixa etária da mãe, tipo de família, habilitações literárias da mãe, idade do filho e percepção dos rendimentos familiares).

Devido à extensão dos resultados, apresentamos apenas os dados referentes às variáveis com diferenças estatisticamente significativas, sendo que as Tabelas completas com todos os resultados podem ser consultadas em Apêndice D e E.

Na Tabela 7, observa-se que o **sexo** masculino obteve pontuações mais elevadas no total da escala das Capacidades e Dificuldades e nas subescalas Problemas de Comportamento e Hiperatividade/Défice de Atenção, diferença esta significativa ( $p < 0,01$ ) com um tamanho de efeito pequeno (SDQ: Dificuldades  $d = 0,31$ ; Problemas de Comportamento  $d = 0,35$ ; Hiperatividade/Défice de Atenção  $d = 0,44$ ).

No que concerne ao **comportamento precoce do filho**, podemos constatar que as crianças em idades mais novas e que tiveram alterações de comportamento, pontuam atualmente, mais ao nível das Dificuldades na Relação com os Pais do que as crianças que não demonstraram alterações de comportamento precoce. Esta diferença é significativa ( $p < 0,05$ ) com um tamanho de efeito pequeno ( $d = 0,42$ ).

Também no que respeita à **história psiquiátrica da mãe** foi possível identificar diferenças significativas ( $p < 0,01$ ), estando relacionada com: percepção de mais dificuldades no comportamento dos filhos (SDQ total, Sintomas Emocionais e Problemas de Comportamento), a identificação de menos Recursos Familiares, menos sentimentos autocompassivos (Autocrítica, Isolamento Social e Sobreidentificação), mais autocriticismo (Eu Detestado e Eu Inadequado) e mais sintomas psicopatológicos atualmente. A magnitude da diferença variou de pequena ( $d = 0,25$ ) na dimensão Recursos Familiares, a grande ( $d = 0,98$ ) no total da escala de Autocompaixão.

Por fim, e no que respeita à **relação mãe-pai**, as mães que reportaram ter uma relação muito boa/boa com o pai do seu filho revelam menos disfuncionalidade familiar (mais comunicação e mais recursos) e uma maior autocompaixão. Assim, o funcionamento familiar, a autocompaixão e o autocriticismo relacionaram-se significativamente ( $p < 0,05$ ) com a relação parental. Os valores de  $d$  variam de pequenos (Comunicação Familiar:  $d = 0,27$ ) a grandes (Recursos Familiares:  $d = 0,76$ ).

**Tabela 7**

Comparação do SDQ, SCORE-15, SELFCS, FSCRS e BSI entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 431)

		Sexo						
		Feminino (n = 192)		Masculino (n = 239)				
		M	DP	M	DP	t	p	d
SDQ	Total	0,46	0,24	<b>0,54</b>	0,27	-3,12	0,00	0,31
	Problemas Comport.	0,32	0,25	<b>0,42</b>	0,32	3,81	0,00	0,35
	Hiperatividade e D.A	0,72	0,44	<b>0,93</b>	0,52	-4,65	0,00	0,44
		Comportamento Precoce						
		Sem Alterações (n = 31)		Com Alterações (n = 400)				
		M	DP	M	DP	t	p	d
SDQ	Dificuldades Rel. Pares	0,32	0,34	<b>0,48</b>	0,42	-1,99	0,03	0,42
		História psiquiátrica da mãe						
		Sim (n = 35)		Não (n = 396)				
		M	DP	M	DP	t	p	d
SDQ	Total	<b>0,69</b>	0,31	0,49	0,25	3,65	0,00	0,71
	Sintomas Emocionais	<b>0,69</b>	0,49	0,46	0,37	2,69	0,01	0,62
	Problemas Comport.	<b>0,53</b>	0,36	0,36	0,28	2,63	0,01	0,46
SCORE15	Comportamento Pró-Soc.	1,53	0,46	<b>1,67</b>	0,37	-1,91	0,02	0,37
SELFCS	Recursos Familiares	<b>1,82</b>	0,85	1,61	0,58	1,93	0,01	0,25
FSCRS	Total	2,87	0,49	<b>3,43</b>	0,58	-5,53	0,00	0,98
	Calor/Compreensão	2,95	0,75	<b>3,28</b>	0,84	-2,25	0,03	0,40
	Autocrítica	2,61	0,71	<b>3,33</b>	0,76	-5,40	0,00	0,95
	Isolamento Social	2,80	0,82	<b>3,52</b>	0,84	-4,84	0,00	0,86
	Mindfulness	3,06	0,74	<b>3,52</b>	0,75	-352	0,00	0,61
BSI	Sobreidentificação	2,51	0,69	<b>3,42</b>	0,82	-6,30	0,00	1,12
	Eu Inadequado	<b>1,82</b>	0,81	1,15	0,73	5,12	0,00	0,91
	Eu Tranquilizador	2,31	0,82	<b>2,67</b>	0,86	-2,35	0,02	0,42
BSI	Eu Detestado	<b>0,75</b>	0,66	0,34	0,63	3,59	0,00	0,65
	ISP	<b>1,74</b>	0,51	1,19	0,59	5,35	0,00	0,94
		Relação mãe-pai						
		Muito boa/Boa (n = 344)		Razoável/Má/Muito má/Inex. (n = 87)				
		M	DP	M	DP	t	p	d
SCORE15	Total	1,70	0,52	<b>2,04</b>	0,72	-4,07	0,00	0,60
	Comunicação Familiar	1,78	0,72	<b>1,98</b>	0,83	-2,23	0,03	0,27
	Recursos Familiares	1,54	0,50	<b>1,98</b>	0,82	-4,78	0,00	0,76
SELFCS	Dificuldades Familiares	1,79	0,71	<b>2,16</b>	0,85	-3,70	0,00	0,50
	Total	<b>3,43</b>	0,55	3,21	0,71	2,71	0,01	0,38
	Autocrítica	<b>3,33</b>	0,75	3,03	0,85	3,21	0,00	0,39
FSCRS	Isolamento Social	<b>3,54</b>	0,82	3,13	0,97	3,65	0,00	0,48
	Sobreidentificação	<b>3,40</b>	0,82	3,14	0,93	2,53	0,01	0,31
	Eu Inadequado	1,14	0,74	<b>1,46</b>	0,80	-3,59	0,00	0,43
	Eu Tranquilizador	<b>2,69</b>	0,85	2,42	0,87	2,65	0,01	0,32

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; t = teste t de Student; d = d de Cohen; SDQ = Strengths And Difficulties Questionnaire; SCORE-15 = Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation; SELFCS = Self-Compassion Scale; FSCRS = Forms Of Self Criticising/Attacking & Self Reassuring Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; ISP = Índice De Sintomas Positivos.

Na Tabela 8 é possível comparar os instrumentos e respectivas subescalas desta investigação com os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas (ANOVA). Foi a **faixa etária** dos 50 aos 59 anos que obteve pontuações mais elevadas nas Dificuldades Familiares (M = 2,18; DP = 0,49), diferença esta significativa (p < 0,05), seguida das mães entre os 23-35 anos (M = 1,97; DP = 0,87). Porém, a comparação entre os grupos desta variável, recorrendo ao teste *Post-Hoc* de Tukey, não identificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p > 0,05).

Em relação ao **tipo de família**, as famílias reconstituídas pontuaram significativamente mais ( $p < 0,05$ ) na percepção de dificuldades de comportamento nas crianças e na disfuncionalidade familiar (comunicação). O teste *Post-Hoc* de Tukey apontou que as diferenças significativas no total de dificuldades do SDQ se encontram especificamente entre as famílias reconstituídas e nucleares ( $p < 0,05$ ).

Relativamente à **percepção dos rendimentos familiares** as mães que percebem os seus rendimentos como baixos identificam mais dificuldades no comportamento dos filhos (problemas externalizantes), diferença que é significativa em toda a escala excetuando nas subescalas Sintomas Emocionais e Comportamento Pró-social. No teste *Post-Hoc* é possível verificar diferenças entre o grupo com rendimentos baixos comparativamente aos grupos com rendimentos médios e altos. No que concerne à disfuncionalidade familiar (SCORE-15 e respetivas subescalas) e à psicopatologia materna existem diferenças significativas em função da percepção dos rendimentos familiares. Quem percebe os seus rendimentos como baixos tem pontuações mais elevadas na disfuncionalidade familiar e na sintomatologia psicológica. Segundo o teste de *Post-Hoc* de Tukey existem diferenças entre todos os grupos de rendimentos familiares ( $p < 0,05$ ) na disfuncionalidade familiar e na psicopatologia, sendo que as diferenças se situam entre os grupos que consideram os seus rendimentos altos *versus* baixos e médios. Na escala da Autocompaixão, destaca-se também o grupo com rendimentos mais altos como sendo o que tem mais sentimentos autocompassivos e, segundo o teste de *Post-Hoc*, as diferenças significativas encontram-se entre os grupos com rendimentos baixos *versus* altos ( $p < 0,01$ ). Na escala do Autocriticismo (FSCRS) as mães com rendimentos altos são as que mais facilmente se autotranquilizam e, de modo oposto, as que têm rendimentos mais baixos são as que mais se autocriticam (Eu Detestado), diferenças estas ambas significativas ( $p < 0,01$ ). O teste de *Post-Hoc* situa as diferenças entre o grupo com rendimentos baixos e os grupos com rendimentos médios e altos ( $p < 0,01$ ).

No que concerne às **habilitações literárias da mãe**, também constatámos diferenças significativas ( $p < 0,01$ ) nas Capacidades e Dificuldades dos filhos (escala total e todas as subescalas), sendo que foi o grupo com ensino básico que percebeu mais problemas de comportamento nos seus filhos comparando com os outros grupos. No teste *Post-Hoc* podemos verificar que as diferenças significativas no SDQ total se encontram essencialmente entre o grupo ensino básico e os grupos licenciatura e mestrado/doutoramento. As diferenças são estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) na Disfuncionalidade familiar (nomeadamente no SCORE-15 total e nas subescalas Comunicação e Dificuldades Familiares), ou seja, quem possui o ensino básico tem mais dificuldades ao nível familiar. O teste *Post-Hoc* identifica diferenças significativas na disfuncionalidade familiar do grupo ensino básico com os grupos

licenciatura e mestrado/doutoramento. Denota-se uma maior autocompaixão (pontuação no total da SELFCS e nas subescalas Calor/Compreensão e *Mindfulness*) em mães que possuem o mestrado/doutoramento, comparativamente aos outros grupos de escolaridade ( $p < 0,05$ ). O teste *Post-Hoc* situa as diferenças significativas entre o grupo das mães que têm o ensino básico e as que têm mestrado/doutoramento. O grupo com mestrado/doutoramento obteve uma pontuação maior nos sentimentos de tranquilização em relação ao *Eu* (FSCRS) e o teste *Post-Hoc* de Tukey localizou diferenças significativas ( $p < 0,01$ ) entre todos os grupos (ensino básico, secundário, licenciatura e mestrado/doutoramento) excepto entre os grupos: secundário-licenciatura e licenciatura-mestrado/doutoramento.

Por fim, no que respeita à **idade dos filhos**, existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do SDQ (Hiperatividade/Défice de Atenção, Dificuldades na Relação com os Pares e Comportamento Pró-Social) e nos sintomas psicopatológicos (Índice de Sintomas Positivos do BSI). As mães identificaram problemas ao nível da hiperatividade e défice de atenção tanto na faixa etária dos seus filhos dos 4-5 anos como na dos 6-10 anos. O teste *Post-Hoc* de Tukey localizou as diferenças significativas na hiperatividade/défice de atenção entre o grupo dos 15-17 anos e os grupos dos 4-5 e dos 6-10 anos ( $p < 0,01$ ). Já nas dificuldades de relação com os pares foi a faixa dos 15-17 anos que obteve pontuações mais elevadas, e no comportamento pró-social destacou-se a faixa dos 11-14 anos com maior pontuação. No teste de *Post-Hoc* verificou-se que as diferenças na dimensão de Dificuldades de Relacionamento com os Pares se encontrava entre os 4-5 e os 6-10 anos e, quanto à dimensão do Comportamento Pró-Social, as diferenças estão presentes entre os 15-17 anos e os grupos com 6-10 e 11-14 anos ( $p < 0,05$ ). Relativamente à sintomatologia psicopatológica materna (BSI), são as mães com filhos com 15-17 anos que têm uma maior pontuação, comparativamente às outras faixas etárias. Ainda assim, não atinge o ponto de corte ( $ISP \geq 1,7$ ) para populações emocionalmente perturbadas. O teste *Post-Hoc* não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a psicopatologia da mãe ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 8**

Comparação do SDQ, SCORE-15, SELFCS, FSCRS e BSI entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 431)

		Faixa etária da mãe										
		23-35 anos (n = 99)		36-49 anos (n = 313)		50-59 anos (n = 19)						
		M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η <sup>2</sup>		
<b>SCORE15</b>	DF	1,97	0,88	1,81	0,69	<b>2,19</b>	0,94	3,59	0,03	0,02		
		Tipo de família										
		Monoparental (n = 82)		Nuclear (n = 328)		Reconstituída(n = 21)						
		M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η <sup>2</sup>		
<b>SDQ</b>	Total	0,53	0,24	0,49	0,26	<b>0,63</b>	0,26	3,23	0,04	0,01		
<b>SCORE15</b>	CF	1,98	0,91	1,77	0,68	<b>3,23</b>	0,60	3,59	0,03	0,02		
		Perceção dos rendimentos familiares										
		Baixos(n = 107)		Médios (n = 292)		Altos (n = 32)						
		M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η <sup>2</sup>		
<b>SDQ</b>	Total	<b>0,58</b>	0,26	0,49	0,26	0,39	0,25	8,03	0,00	0,04		
	PC	<b>0,44</b>	0,30	0,35	0,28	0,35	0,34	3,49	0,03	0,03		
	H/DA	<b>0,93</b>	0,51	0,82	0,48	0,63	0,54	4,55	0,01	0,01		
	DP	<b>0,41</b>	0,38	0,32	0,34	0,20	0,22	5,27	0,01	0,01		
<b>SCORE15</b>	Total	<b>1,96</b>	0,64	1,74	0,57	1,44	0,30	11,95	0,00	0,05		
	RF	<b>1,82</b>	0,65	1,58	0,60	1,43	0,36	8,14	0,00	0,04		
	CF	<b>1,96</b>	0,86	1,82	0,72	1,47	0,39	5,42	0,01	0,02		
	DF	<b>2,12</b>	0,84	1,82	0,71	1,43	0,46	12,61	0,00	0,06		
<b>SELFCS</b>	Total	3,22	0,62	3,44	0,57	<b>3,46</b>	0,63	5,59	0,00	0,03		
	CC	3,02	0,91	<b>3,34</b>	0,80	3,21	0,85	5,58	0,00	0,03		
	CH	3,42	0,80	3,59	0,73	<b>3,77</b>	0,74	3,38	0,04	0,02		
	IS	3,28	0,92	<b>3,53</b>	0,83	3,45	0,87	3,30	0,04	0,02		
	M	3,29	0,81	3,54	0,73	<b>3,70</b>	0,74	5,69	0,00	0,03		
<b>FSCRS</b>	ET	2,41	0,95	2,68	0,82	<b>3,00</b>	0,67	7,09	0,00	0,03		
	ED	<b>0,51</b>	0,77	0,34	0,60	0,19	0,35	4,32	0,01	0,02		
<b>BSI</b>	ISP	<b>1,41</b>	0,60	1,19	0,59	1,09	0,55	6,61	0,00	0,03		
		Habilitações literárias da mãe										
		Ensino Básico (n = 33)		Secundário (n = 99)		Licenciatura (n = 227)		Mestrado/ Doutoramento (n = 72)				
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η <sup>2</sup>
<b>SDQ</b>	Total	<b>0,64</b>	0,29	0,52	0,25	0,48	0,24	0,49	0,30	3,83	0,01	0,03
	SE	<b>0,64</b>	0,45	0,42	0,35	0,46	0,39	0,51	0,45	2,83	0,04	0,02
	PC	<b>0,52</b>	0,27	0,37	0,30	0,36	0,29	0,38	0,32	3,11	0,03	0,02
	H/DA	<b>0,98</b>	0,49	0,94	0,51	0,80	0,46	0,75	0,57	3,37	0,02	0,02
<b>SELFCS</b>	Total	3,13	0,43	3,38	0,53	3,39	0,62	<b>3,49</b>	0,65	2,77	0,04	0,02
	CC	2,82	0,59	3,21	0,83	3,26	0,85	<b>3,50</b>	0,78	5,28	0,00	0,04
	M	3,08	0,61	3,38	0,83	3,51	0,73	<b>3,74</b>	0,73	6,83	0,00	0,05
<b>SCORE15</b>	Total	<b>2,07</b>	0,70	1,82	0,62	1,76	0,58	1,60	0,41	5,20	0,00	0,04
	CF	<b>2,29</b>	1,01	1,93	0,83	1,77	0,70	1,64	0,53	6,96	0,00	0,05
	DF	<b>2,25</b>	0,94	1,93	0,81	1,85	0,72	1,65	0,57	5,33	0,01	0,04
<b>FSCRS</b>	ET	2,10	0,97	2,57	0,87	2,66	0,82	<b>2,91</b>	0,81	7,35	0,00	0,05
		Idade do filho										
		4 -5 (n = 112)		6-10 (n = 181)		11-14 (n=94)		15-17 (n = 44)				
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	p	η <sup>2</sup>
<b>SDQ</b>	H/DA	<b>0,88</b>	0,46	<b>0,88</b>	0,52	0,79	0,50	0,60	0,46	4,41	0,01	0,03
	DP	<b>0,42</b>	0,28	0,38	0,37	0,31	0,35	0,31	0,33	3,60	0,01	0,02
	CPS	1,64	0,35	1,67	0,38	<b>1,72</b>	0,34	1,49	0,51	3,88	0,01	0,03
<b>BSI</b>	ISP	1,16	0,54	1,29	0,59	1,14	0,62	<b>1,42</b>	0,65	3,57	0,01	0,02

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; η<sup>2</sup> = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); SDQ = Strengths And Difficulties Questionnaire; SE = Sintomas Emocionais; PC = Problemas De Comportamento; H/DA = Hiperatividade/Déficite de Atenção; DP = Dificuldades Relação Pares; CPS = Comportamento Pró-Social; SCORE-15 = Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation; CF = Comunicação Familiar; RF = Recursos Familiares; DF = Dificuldades Familiares; SELFCS = Self-Compassion Scale; CC = Calor/Compreensão; CH = Condição Humana; IS = Isolamento Social; M = Mindfulness; FSCRS = Forms Of Self Criticising/Attacking & Self Reassuring Scale; ET = Eu Tranquilizador; ED = Eu Detestado; BSI = Brief Symptom Inventory; ISP = Índice De Sintomas Positivos.

## Discussão e Conclusão

É aceitável que o ser humano, em determinadas situações, tenha emoções, sentimentos e pensamentos negativos acerca de si próprio. Os indivíduos autocríticos, sentem-se muitas vezes desligados e isolados dos outros, fazendo comparações de forma mais negativa. Ao invés,

peessoas com um atenção mais calorosa e uma postura de aceitação perante o *Eu* sentem-se mais conectados a si mesmo e ao outro, e com maior segurança (Castilho, 2011). Dada a importância do homem na relação social, propusemos averiguar a influência destes constructos e da psicopatologia no funcionamento familiar e no comportamento de crianças e adolescentes.

No que respeita à análise descritiva das principais variáveis em estudo os sentimentos de autotranquilização da escala do Autocriticismo (FSCRS), o Comportamento Pró-Social no SDQ, a Condição Humana na escala da Autocompaixão (SELFCS), as Dificuldades Familiares do SCORE-15 e a Ideação Paranoide no BSI revelam pontuações médias mais elevadas. Contrariamente, num estudo realizado por Relvas e Cunha (2013) com uma amostra comunitária de 287 participantes, maioritariamente mulheres, divididas em dois grupos (grupo 1 com maior gravidade económica), os valores médios mais elevados encontram-se na Comunicação Familiar ( $M = 2,62$ ;  $DP = 0,48$ ), seguindo-se as Dificuldades Familiares ( $M = 2,23$ ;  $DP = 0,68$ ) e os Recursos ( $M = 1,90$ ;  $DP = 0,61$ ) e na psicopatologia identificam-se as Obsessões-Compulsões ( $M = 1,10$ ;  $DP = 0,73$ ) com a pontuação mais alta. Não obstante, no nosso estudo as Obsessões-Compulsões são a segunda subescala do BSI com maior pontuação. Comparando com as médias obtidas neste estudo (Dificuldades Familiares:  $M = 1,86$ ; Comunicação Familiar:  $M = 1,83$ ; Recursos  $M = 1,63$ ), apesar das dificuldades terem uma pontuação mais elevada, não têm valores tão altos como no estudo apresentado anteriormente. Ainda assim, uma maior pontuação na Comunicação do SCORE-15, no estudo de Relvas e Cunha (2013) funciona como uma variável que prediz maior disfuncionalidade a nível comunicacional. Isto pode dever-se ao facto de haver um grupo com maiores dificuldades económicas e, por isso, percecionam mais dificuldades familiares.

No que concerne ao primeiro objetivo desta investigação, que visa estudar as associações entre as variáveis, destacam-se como mais elevadas as correlações entre a psicopatologia e as variáveis psicológicas autocompaixão (associação negativa) e autocriticismo (associação positiva). Destaca-se a relação mais forte entre o Eu Inadequado e a Depressão ( $r = 0,55$ ) e entre os sentimentos de inadequação e as obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, hostilidade e psicoticismo. Assim, quanto maior a sintomatologia psicopatológica das mães menor é a capacidade de terem sentimentos autocompassivos e mais críticas são consigo próprias. De realçar também associações significativas entre as variáveis psicológicas maternas e o comportamento dos filhos, destacando uma correlação forte entre o Eu Inadequado e o Total de Dificuldades das crianças e adolescentes ( $r = 0,51$ ). Isto significa que quanto mais as mães são autocríticas mais dificuldades de comportamento percecionam nos seus filhos. Num estudo de Neff, Kirkpatrick e Rude (2007) a autocompaixão apresenta uma correlação negativa com o traço de neuroticismo, e positiva com os traços de agradabilidade, extroversão e

conscienciosidade, avaliados pelo NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory; McCrae & Costa, 1989). Por sua vez, o autocriticismo constitui um traço de vulnerabilidade para a psicopatologia, como é possível observar no estudo de Castilho (2011) com 450 participantes, em que a depressão apresentou uma correlação forte com o Eu Inadequado ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ) e com o Eu Detestado ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,01$ ). Na ansiedade encontra-se o mesmo padrão na magnitude das associações, resultados que vão ao encontro da literatura, mostrando a relação entre o autocriticismo e a psicopatologia (Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff, Moskowitz, & Cote, 1999). Posto isto, níveis elevados de autocriticismo, quer na forma de inadequação ou de autoataque (Eu Detestado) estão associados a mais sintomas depressivos e ansiosos. Segundo o modelo evolucionário e das mentalidades sociais o autocriticismo corresponde a um estímulo interno que atua como se fosse um estímulo social real ameaçador. E, por ser um processo defensivo gera sentimentos emocionais e comportamentos de proteção e defesa (e.g., raiva, ansiedade, aversão) que, paradoxalmente, aumenta o sentido e a vivência interna de ameaça, constituindo um fator importante de vulnerabilidade para a psicopatologia (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004; Zuroff, Koestner, & Powers, 1994).

Como segundo objetivo desta investigação propusemos averiguar as diferenças dos instrumentos em função de algumas variáveis sociodemográficas. Na análise das diferenças entre os **sexos**, no que concerne ao comportamento de crianças e adolescentes, é o sexo masculino que apresenta pontuações mais elevadas nas dificuldades de comportamento (problemas comportamentais e hiperatividade/défice de atenção). Vários estudos têm identificado diferenças nos problemas de comportamento entre rapazes e raparigas. Por exemplo, num estudo de Machado e Diogo (2017) com 258 pré-adolescentes portugueses (entre os 9 e os 12 anos) os rapazes evidenciaram pontuações mais elevadas nos problemas externalizantes. Ainda assim, evidências científicas nesta área sugerem que a diferença destas manifestações entre sexos é mais frequente na adolescência e idade adulta (Rutter, 2010). Já em relação ao comportamento pró-social e sintomas emocionais, o sexo feminino tem mais facilidade nesta área. A maior tendência das meninas para introspeção de dificuldades pode relacionar-se com a influência do meio cultural, que lhes pode permitir demonstrar mais sintomas emocionais que os rapazes que, por sua vez, são criados para serem fortes e não demonstrar os seus sentimentos (Saud & Tonelotto, 2005).

No que concerne ao **comportamento precoce**, esta investigação permitiu observar que as crianças que tiveram alterações de comportamento na infância têm mais tarde dificuldades de relacionamento com os pares. Um estudo de Campbell, Shaw e Gilliom (2000) concluiu que, principalmente os rapazes com alterações comportamentais precoces ao nível da agressão e hiperatividade, em conjunto com elevados níveis de stresse familiar, são mais propícios a

evidenciar a continuidade destes comportamentos em idade escolar. Acrescente-se que os problemas de comportamento são de alguma forma estáveis e aumentam o risco de uma criança vir a desenvolver mais irritabilidade, comportamento de oposição/recusa ou dificuldades na relação com os pares (Campbell, 1997). Ainda assim, segundo a autora podem haver diferenças no desenvolvimento de algumas crianças: as que superam as suas dificuldades de início precoce, as que têm alterações no comportamento precoce e estas estabilizam ou pioram, e ainda as que não mostram problemas no período pré-escolar mas que os desenvolvem na entrada para a escola. Segundo vários investigadores estas diferenças podem ser explicadas pelo comportamento parental e aspetos do ambiente familiar (Greeberg, Speltz, & DeKlyen, 1993; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989). Uma abordagem desenvolvimental da psicopatologia baseia-se na premissa de que as origens dos problemas são frequentemente evidenciados na infância e surgem na maioria, ou são exacerbadas pela qualidade da relação precoce pais-filhos (Cicchetti, Toth, & Lynch, 1995; Greenberg et al., 1993; Sroufe, 1990). Soma-se que as características individuais da criança também desempenham um papel importante, como os fatores de agitação e irritabilidade (Campos, Campos, & Barret, 1989; Goldsmith & Campos, 1982).

No que respeita à **história psiquiátrica da mãe**, a psicopatologia materna associou-se a maiores dificuldades comportamentais nos filhos (sintomas emocionais e problemas de comportamento), a mais disfuncionalidade familiar, menos autocompaixão e mais autocriticismo. Estes resultados vão ao encontro da literatura, em que problemas internalizantes na mãe estão positivamente relacionados com problemas internalizantes nos filhos e o mesmo se aplica aos externalizantes (Goodman et al., 2011; Weijers, Steensel, & Bogels, 2018). Goodman et al. (2011) também observaram que níveis mais altos de stresse parental estão associados a mais dificuldades familiares. De igual modo, Psychogiou et al. (2016) evidenciaram que níveis mais altos de autocompaixão estão associados a níveis mais baixos de criticismo materno, e que a depressão na mãe se relacionava com menos positividade e mais autocriticismo. Segundo os autores, uma maior autocompaixão permite aos pais reconhecer e descentralizar-se dos seus pensamentos negativos, atuando com menos impulsividade e mais bondade. Assim, são capazes de responder às necessidades das crianças de forma mais adaptativa.

A **relação mãe-pai** obteve resultados significativos na autocompaixão, no autocriticismo e no funcionamento familiar. As mães que mantêm uma boa relação com o pai do seu filho manifestam mais sentimentos autocompassivos e parecem ter um melhor funcionamento familiar (mais recursos e mais comunicação). Num estudo realizado por Azevedo, Cia e Spinazola (2019) com 60 mães e 60 pais, evidenciou-se que quanto mais harmonia na relação

conjugal, melhores eram os recursos e maior era o nível de satisfação em relação à qualidade da vida social. Evidência empírica neste sentido afirma que a harmonia, a qualidade do relacionamento familiar e do relacionamento conjugal são características importantes que exercem influência direta no desenvolvimento dos filhos, podendo influenciar até mesmo a possibilidade de aparecimento de perturbações psicoafetivas nos indivíduos (Tallón et al., 1999). Relacionando o relacionamento conjugal com a autocompaixão, num estudo de Pereira (2016) com 115 participantes verificou-se que sujeitos com níveis mais elevados de autocompaixão revelam maior tendência para a satisfação conjugal, o que constitui uma diminuição da severidade dos problemas interpessoais. Uma hipótese explicativa para esta associação parece ser o facto da autocompaixão estar associada a uma maior motivação para corrigir os problemas e/ou falhas interpessoais (Baker & McNulty, 2011).

Na variável **faixa etária da mãe** são notadas mais dificuldades familiares nas idades compreendidas entre os 50-59 anos. Estas dificuldades poderão estar associadas à etapa do ciclo vital onde a família se encontra (família com filhos adultos), onde são esperados alguns desafios que podem gerar stresse, nomeadamente a preparação da saída dos filhos de casa, a reorganização do casal, o envelhecimento e a preparação para a reforma (Alarcão, 2006). Em oposição, num estudo de Steiner e Paulson (2007) com 129 mães (49 com idade superior a 50 anos e as restantes com idades acima dos 30 anos) a idade avançada nas mães não estava associada a alterações significativas no funcionamento físico e mental ou no stresse dos pais e não foram encontradas diferenças significativas nos grupos de mães mais jovens. Em contraste, as mães na faixa dos 50 anos parecem ter menos probabilidade de sofrer níveis mais altos de stresse parental. Segundo os autores, o facto de já terem sido mães anteriormente pode ajudar na capacidade de lidar com o stresse e, conseqüentemente, vivenciar um funcionamento familiar mais saudável.

Também foram encontradas diferenças em função do **tipo de família**, sendo que as famílias nucleares percebem menos dificuldades comportamentais nos seus filhos e parecem ter um melhor funcionamento familiar, particularmente ao nível da comunicação. Num estudo longitudinal de Najman et al. (1997) realizado com 8566 grávidas que responderam ao protocolo do estudo quando os seus filhos tinham 5 anos, foi possível prever que mães que não sofreram mudanças de parceiro (casadas e solteiras) relataram menores taxas de problemas de comportamento infantil. Estes resultados vão ao encontro de outro estudo (Leme, Marturano, & Fontaine, 2014) em que, segundo a avaliação das mães, as crianças de famílias reconstituídas estáveis e em transição recente apresentaram menos habilidades sociais de amabilidade e autocontrolo e mais problemas de hiperatividade que as crianças de famílias nucleares. A transição para uma família reconstituída pode-se tornar ao longo do tempo uma situação

crónica de stresse que afeta negativamente o desenvolvimento social e cognitivo da criança. A criança enfrenta várias dificuldades neste processo, tais como aceitação de um novo relacionamento da mãe devido a sentimentos de lealdade para com o outro progenitor e à possível rivalidade com meios-irmãos ou filhos do parceiro da mãe/do pai que venham, porventura, a residir com a criança (Costa & Dias, 2012; Ramires, 2004). Estas mudanças ao se tornarem recorrentes no ambiente familiar fariam com que as crianças desta configuração familiar apresentassem resultados desenvolvimentais inferiores quando comparadas às crianças de famílias nucleares, mostrando mais dificuldades nos relacionamentos sociais, mais problemas de comportamento internalizantes e externalizantes e pior desempenho académico (Hetherington, 2003; Jensen & Shafer, 2013; Jeynes, 2005).

Na presente investigação, as mães que percecionam os seus **rendimentos familiares** como baixos apresentam um maior índice de disfuncionalidade familiar, mais autocrítico e menos autocompaixão, identificam mais dificuldades no comportamento dos seus filhos e presenciam mais sintomas psicopatológicos. Parece existir alguma relação com o estudo longitudinal de Anselmi et al. (2012) onde se observou que os efeitos do aumento do rendimento familiar ao longo da vida de 4423 mães foram importantes para reduzir problemas de conduta e de oposição/desafio dos filhos, mas não mostraram diferenças ao nível da ansiedade e da depressão. Segundo os autores, os problemas emocionais tiveram uma associação mais fraca com os rendimentos baixos, provavelmente porque estes problemas são mediados pela exposição a eventos stressantes e pela psicopatologia da mãe. Para Relvas e Cunha (2013), em alguns casos mais extremos tendemos a associar os baixos rendimentos económicos ao aumento da doença mental. Isto pode verificar-se em alguns casos mas, no geral, assiste-se a sentimentos de tristeza e preocupação com a situação económica atual mas que se podem enquadrar numa reação normativa, sem ocorrência de perturbação emocional.

Relativamente à **escolaridade da mãe**, o nosso estudo encontra diferenças significativas nas variáveis autocompaixão e autocrítico, ou seja, um maior nível de escolaridade parece ter relação com maiores níveis de autocompaixão nas mães e menores níveis de autocrítico. Encontram-se também diferenças significativas associando a escolaridade materna com o funcionamento familiar. O ensino básico obteve uma pontuação mais elevada do que os restantes grupos, significando um pior funcionamento familiar. Em relação a variáveis comportamentais, quanto maior o nível de escolaridade materno menor a perceção de dificuldades no comportamento dos filhos. Psychogiou et al. (2016) encontraram relação entre a autocompaixão e o crítico das mães, em que eram as mães mais autocompassivas e com graus académicos superiores que teciam menos comentários críticos aos seus filhos. Maior autocompaixão estava, assim, associada a níveis mais baixos de críticas dirigidas às crianças.

Este estudo revelou associações significativas entre a autocompaixão dos pais e níveis baixos de problemas emocionais nos filhos. Em continuidade, os pais que apresentam menos reações angustiadas parecem ser mais capazes de validar as emoções do seus filhos e transmitir a mensagem de que essas emoções são aceitas e compreendidas. E, uma vez aceitas, a criança pode aprender a expressar as suas emoções em vez de as suprimir. Esta capacidade de regulação emocional é importante, uma vez que as crianças podem aplicá-la a situações semelhantes e, a partir daqui, tornarem-se mais capazes de lidar com as suas emoções, o que pode diminuir o risco de problemas emocionais. Comparando com os resultados do presente estudo, observa-se que são as mães com escolaridade ao nível do ensino básico que percebem mais problemas internalizantes (sintomas emocionais) e externalizantes (problemas de comportamento) nos seus filhos. Kean (2005) examinou os processos familiares que podem relacionar a escolaridade dos pais com o desempenho dos filhos, observando que pais com mais habilitações literárias têm maiores expectativas educacionais em relação aos seus filhos, estimulando-os através de atividades lúdicas e comportamentos afetivos. Os resultados sugerem um impacto positivo no comportamento das crianças que apresentam mais pensamentos e comportamentos funcionais.

Relativamente à variável **idade dos filhos** é possível concluir neste estudo que as faixas etárias dos 4-5 e dos 6-10 anos apresentam igual pontuação média no que concerne aos problemas de hiperatividade e défice de atenção, significando que é nestas idades que as mães percebem mais problemas nos seus filhos a este nível. No comportamento pró-social, a faixa etária dos 11-14 anos representa um valor superior comparando com as outras idades. Esta variável mostra ainda resultados significativos na relação com a psicopatologia materna, mostrando diferenças nas idades dos filhos, sendo na adolescência (15-17 anos) que as mães parecem apresentar mais sintomatologia psicopatológica. Estes resultados vão ao encontro de um estudo de Lathey et al. (2000) em famílias com 1285 jovens entre os 9 e os 17 anos de idade, em que os comportamentos externalizantes, nomeadamente o comportamento de oposição, está presente nas idades mais jovens, estando a agressão e os comportamentos de ofensa à integridade física presentes em idades mais avançadas. A este propósito refira-se que, segundo a literatura, os comportamentos pró-sociais tendem a aumentar com a idade (Eisenberg, 1986; Kohlberg, 1981). Num estudo de Eisenberg e Fabes (1998) com 125 crianças e adolescentes até aos 21 anos foi possível observar que os grupos etários com mais idade evidenciaram mais comportamentos pró-sociais, sendo encontrado o maior tamanho de efeito entre o grupo de adolescentes e de idade pré-escolar. Relativamente à psicopatologia materna, Barkley, Anastopoulos, Guevremont e Fletcher (1992) constataram que mães com filhos adolescentes (12-17 anos) com hiperatividade e défice de atenção se classificavam como mais

obsessivas, compulsivas, ansiosas e deprimidas e menos satisfeitas do que as mães do grupo de controlo (filhos sem diagnóstico de hiperatividade e défice de atenção). Destacou-se que as primeiras mães supervisionam, repreendem e dão mais respostas negativas aos seus filhos, comparativamente às mães do grupo de controlo. Esta interação pode gerar conflito e raiva, e constituir um factor de vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas psicopatológicos maternos.

Na sua globalidade, os resultados deste estudo evidenciam que a psicopatologia materna e a forma de autocrítico (Eu Detestado) parecem ter um impacto negativo no sistema familiar e no comportamento dos filhos. Pode colocar-se a hipótese de os dois construtos, autocompaixão e autocrítico, poderem funcionar como fatores importantes na vulnerabilidade e/ou proteção de problemas psicológicos.

Embora tivesse sido possível estudar os objetivos elencados, destacamos algumas **limitações** na presente investigação. A limitação mais geral é tratar-se de um estudo transversal e os resultados serem um pouco mais limitados, uma vez que não acompanham as etapas desenvolvimentais das crianças e, devido ao problema da circularidade, não permitem estabelecer inferências causais (Castilho, 2011). Assim, em futuras investigações torna-se importante a realização de um estudo longitudinal. Outra limitação é a utilização apenas da perspectiva da mãe sobre o funcionamento familiar e o comportamento dos filhos. Esta opção não possibilitou ter a perceção do pai sobre estes temas, o que permitiria ter uma visão mais abrangente. Autores como Verhoeven, Junger, Van Aken e Van Aken (2010) refletem sobre a importância de envolver ambos os pais nas avaliações sobre a parentalidade. Ainda assim, as avaliações dos pais são perceções sobre o comportamento dos seus filhos e podem não ser idênticos aos comportamentos atuais. Deste modo, em futuras investigações torna-se também importante a perspectiva dos filhos sobre a família e sobre o seu comportamento (Kuczynski, 2003). As questões culturais podem ter alguma influência nos resultados do estudo, o que pode ter funcionado como uma limitação, dado que no protocolo não foi possível identificar a nacionalidade dos participantes. De igual modo, não avaliámos há quanto tempo as famílias pertencem à tipologia familiar assinalada, sendo pertinente visto que é espectável que haja um tempo de adaptação dos seus membros quando ocorrem alterações no tipo de família (por exemplo de nuclear para monoparental), o que poderá ter repercussões em dimensões como o funcionamento familiar e as capacidades e dificuldades de crianças e adolescentes. Por último, é ainda limitação o facto de existirem poucas investigações que utilizem o SCORE-15 e o SDQ e que relacionem estes construtos com a autocompaixão e o autocrítico. A escassez de artigos limitou a comparação dos resultados deste estudo com outros que utilizem os mesmos instrumentos e que abordem os dois construtos. Contudo, esta limitação pode constituir um

**contributo**, uma vez que utiliza dois instrumentos pouco explorados na literatura e, ao mesmo tempo, elenca dois construtos importantes na psicologia contemporânea (autocompaixão e autocrítico). De igual forma, este estudo pode ter contribuído para compreender melhor o funcionamento familiar e a sua influência no comportamento dos filhos. Como sugestão para **futuras investigações** é ainda importante que se conduzam estudos que incluam análises de predição, com recurso aos dados do presente estudo, nomeadamente predição do comportamento de crianças e adolescentes considerando o tipo de família e variáveis psicológicas maternas (autocompaixão, autocrítico e psicopatologia da mãe). Refira-se também como pertinente a realização de entrevistas que incluam a perspectiva de todos os membros da família, a avaliação da saúde física dos pais e dos filhos para compreender o impacto que pode ter no funcionamento familiar, e a recolha de dados mais detalhada da relação conjugal e de outros dados pessoais.

Concluindo, pensamos ser importante intervir nas famílias com nível socioeconómico e habilitações literárias mais baixos, já que são as que sentem mais dificuldades no funcionamento familiar. Por sua vez, são as mães dos 36-49 anos que percebem um melhor funcionamento familiar. Relativamente às habilitações literárias, as mães com o mestrado/doutoramento apresentam menos disfuncionalidade familiar. Em relação às dificuldades dos filhos, as mães percebem mais problemas de hiperatividade/défice de atenção nos rapazes e na faixa etária dos 4-10 anos, bem como mais comportamentos pró-sociais nas raparigas entre os 11-14 anos.

Parece-nos também importante realçar as associações da autocompaixão e do autocrítico com as variáveis familiares e com o comportamento de crianças e adolescentes. A autocompaixão como estratégia de regulação emocional materna aparenta ter impacto em dimensões mais sistémicas, contribuindo para um melhor funcionamento familiar e uma melhor percepção do comportamento dos filhos. Posto isto, importa sugerir intervenções que reconheçam e valorizem as competências das famílias. Uma das formas pode ser através da promoção da parentalidade positiva, de modo a respeitar o melhor interesse das crianças, potenciando o seu desenvolvimento e reforçando a capacidade dos pais. Estes objetivos podem ser alcançados através da implementação de programas para melhorar o relacionamento familiar, indo ao encontro de Kirby (2016) que afirma que os programas de parentalidade promovem a proximidade e o apoio, nutrindo a relação pais-filhos. Um apoio adicional pode surgir através de serviços de aconselhamento parental construídos a partir deste referencial teórico (Nowak & Heinrichs, 2008; Nozes, 2018), integrando, como vários autores sugerem, o *mindfulness* ou a Terapia Focada na Compaixão como uma forma eficaz para intervir junto das famílias (Calam, 2016; McKee, Parent, Zachary, & Forehand, 2017).

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares* (3ªEd.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Anselmi, L., Meneses, A. M. B., Barros, F. C., Hallal, P. C., Araújo, C. L., Dominguez, M. R. & Rohde, L. A. (2010). Early determinants of attention and hyperactivity problems in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 1954-1962.
- Azevedo, L., Cia, F. & Spinazola, C. (2019). Correlação entre o Relacionamento Conjugal, Rotina Familiar, Suporte Social, Necessidades e Qualidade de Vida de Pais e Mães de Crianças com Deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 25. 205-218, doi: 10.1590/s1413-65382519000200002.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D. & Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 450-462. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.450>.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General systems theory*. New York, NY: Braziller.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., ...Carmody, J. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>.
- Baker, L., & McNulty, J. (2011). Self-Compassion and Relationship Maintenance: The Moderating Roles of Conscientiousness and Gender. *PMC, J Pers Soc Psychol*, 100 (5): 853–873.
- Blanchard, L. T., Gurka, M. J. & Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: A report from the 2003 national survey of children's health. *Pediatrics*, 117, 1202–1212.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113–124.
- Boushey, H. & Gundersen, B. (2001). *Measuring Hardships*. Washington, D.C: Economic Policy Institute. Forthcoming.
- Brown, B. (1999). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambala.
- Calam R. M., (2016)., Broadening the Focus of Parenting Interventions With Mindfulness and Compassion, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 2, (161-164).
- Campbell, S. B. (1997). Behavior problems in preschool children: Developmental and family issues. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 1-26.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S. & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488, <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400003114>.
- Campos, J. J., Campos, R. G. & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-402.
- Canavaro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavaro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2002). *Metodologia da investigação guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psicologica*, 54, 203- 231.
- 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 em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2006). 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). *Psicologica*, [S.l.], n. 54, p. p. 63-86, jul. 2011. ISSN 1647-8606. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/psicologica/article/view/1101>.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. & Lynch M. (1995). *Bowlby's Dream Comes Full Circle*. In: Ollendick T.H., Prinz R.J. (eds). *Advances in Clinical Child Psychology*, vol 17. Springer, Boston, MA.
- Conceição, L. & Carvalho, M. (2013). Problemas emocionais e comportamentais em jovens: Relações com o temperamento, as estratégias de coping e de regulação emocional e a identificação de expressões faciais. *Psicologica*, 56: 83 - 100. Doi: [http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_56\\_5](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_56_5).
- Coie, J. D. & Dodge, K. A. (1998). Aggression and antisocial behavior. Em W. Damon e N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality Development* (pp. 779 - 840). Toronto: Wiley.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Costa, J. M., & Dias, C. M. S. D. (2012). Famílias recasadas: Mudanças, desafios e potencialidades. *Psicologia: teoria e prática* 14(3), 72-87.
- Costello, E. J., Copeland, W. & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1015–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>.
- Cronbach, L. (1984). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row.
- Cunha, M., Xavier, A. & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*, 93, 56-62. doi:10.1016/j.paid.2015.09.023 <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.394>.
- De Clercq, B., De Fruyt, F. & Widiger, T. A. (2009). Integrating a developmental perspective in dimensional models of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 154-162.
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*. 19: 139 - 156. Recuperado em dezembro de 2018 de: [http://z3950.crb.uc.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19\\_139.pdf](http://z3950.crb.uc.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf).
- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943–955. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0>.
- Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. In W. Damon (Series Ed.) and N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 701-778). New York: Wiley.
- Eisenberg, N. & Shell, R. (1986). Prosocial Moral Judgment and Behavior in Children: The Mediating Role of Cost. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(4), 426–433. <https://doi.org/10.1177/0146167286124005>.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A. & Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por)* [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]. Retrieved from [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).
- Fritzsche, M.F. (2016). *The validity of the Forms of Self-Criticizing/ Attacking & Self-reassuring Scale in comparison to the Self-compassion Scale*. Master Thesis. University Of Twente, USA.
- Fundudis, T. & Parker, L. (2007). The impact of socio-economic status and mobility on perceived family functioning. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(4), 653-667. <http://dx.doi.org/10.1007/s10834-007-9077-4>.
- Gilbert, P. (2005a). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. doi: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 and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Goldsmith H.H., & Campos J.J. (1982). Toward a Theory of Infant Temperament. In: Emde R.N., Harmon R.J. (eds) *The Development of Attachment and Affiliative Systems. Topics in Developmental Psychobiology*. Springer, Boston, MA.
- Goldstein, J. & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
- Gomes, H. & Gouveia-Pereira, M. (2014). Funcionamento familiar e delinquência juvenil: A mediação do autocontrolo. *Análise Psicológica*, 4(32), 439–451. doi: 10.14417/ap.958.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Rev.* 106, 458–490. doi: 10.1037/0033-295X.106.3.458.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connel A. M., Broth, M. R. Hall, C.M. & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14 (1), 1-27. Doi: 10.1007/s10567-010-0080-1
- Goergen S. L., Bolten M., Schröder M., Schmid M., & Stadler, C. (2018) Maternal health problems such as depression and anxiety and parent-child interaction. *Arch Depress Anxiety* 4(2): 034-039. Doi: 10.17352/2455-5460.000032
- Gowers, S., & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174(1), 63-66. doi:10.1192/bjp.174.1.63.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213 <http://dx.doi.org/10.1017/S095457940000434X>.
- Guberman, C., & Manassis, K. (2011). Symptomatology and family functioning in children and adolescents with comorbid anxiety and depression. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 20(3), 186-195.
- Gunaratana, V. H. (1993). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.

- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J. & Renzaho, A. M. N. (2013). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review, *International journal of obesity*, vol. 38, no. 4, pp. 480-493, doi: 10.1038/ijo.2013.213.
- Hamilton, E. Carr, A. Cahill, P. Cassells, C. & Hartnett, D. (2015). Psychometric properties and responsiveness to change of 15- and 28- item versions of the SCORE: A family assessment questionnaire. *Family Process*, 54 (3): 454 - 463. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12117>.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Hetherington, E. M. (2003). Intimate pathways: Changing patterns in close personal relationships across time. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 52(4), 318–331. doi: 10.1111/j.1741-3729.2003.00318.x.
- Józefik, B. Matusiak I, F. Wolsk M. & Ułasińska, R. (2016). Family therapy process – works on the Polish version of SCORE-15 tool. *Psychiatr. Pol.*, 50(3): 607 – 619. Doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/42894>.
- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J. & Renzaho, A. M. N. (2013). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review, *International journal of obesity*, vol. 38, no. 4, pp. 480-493, doi: 10.1038/ijo.2013.213.
- Jensen T.M., & Shafer K. (2013). (Step)parenting attitudes and expectations: Implications for stepfamily functioning and clinical intervention. *Fam. Soc*, 95:213-220.
- Jeynes, W.H. (2005). A Meta-Analysis of the Relation of Parental Involvement to Urban Elementary School Student Academic Achievement. *Urban Education*, 40(3), 237-269. doi: 10.1177/0042085905274540.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. New York: Hyperion.
- Kane, P.J. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 24 3, 339-60.
- Kean, D. P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*, 19, 294–304.
- Kim, H.Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2)using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry e Endodontics*, 38(1), 52–54.doi:10.5395/rde.2013.38.1.52.
- Kirby, J.N. (2016). The role of mindfulness and compassion in enhancing nurturing family environments. *Clin Psychol Sci Pract*; 23:142e57.
- Klein, D., Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. & Olino, T. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, 35(3), 353-365. doi:10.1017/S0033291704003587.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development*, Vol. 1, San Francisco: Harper and Row.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 180-185.
- Kuczynski, L. (2003). Beyond Bidirectionality: bilateral conceptual frameworks for understanding dynamics in parent-child relations. *Handbook of Dynamics in Parent-Child Relations*:Sage.
- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J. & Renzaho, A. M. N. (2013). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review, *International journal of obesity*, vol. 38, no. 4, pp. 480-493, doi: 10.1038/ijo.2013.213.
- Hanh, T. N. (1976). *The Miracle of Mindfulness*. Boston, MA: Beacon
- Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, P. J., . . . Jensen, P. S. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 488-503
- Langer, E., J. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Leme, V., Marturano, E., & Fontaine, A. (2014). Habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica de crianças de famílias nucleares e recasadas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 854-876.
- Lee, E. J. Jackson, B. Parker, V. DuBose, L. & Botchway, P. (2009). Influence of family resources and coping behaviors on well-being of african american and caucasian parents of school-age children with asthma. *ABNF Journal*, 20 (1): 5- 11. Doi: <https://doi.org/10.1177/1367493510387952>.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: levels, correlates, and relationship with psychological wellbeing. *Mindfulness*, 9(1), 325-331.
- Machado, T.S. & Diogo, C. (2017). Problemas de externalização e internalização em pré-adolescentes e vinculação aos pais. *Revista de Estudios e Investigación en psicología y educación*, 4 (1) 42-51.doi:<https://doi.org/10.17979/reipe.2017.4.1.1553>.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist*, 44(2), 451-452. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.451>.
- McCubbin, H. I., e Patterson, J. M. (1983). Family transitions: adaptation to stress. Em H. I. McCubbin e C. R. Figley (Eds.). *Stress and the family: Coping with normative transitions* (vol. 1, pp. 5-25). New York: Brunner/Mazel.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. M., Bauman, E. I., e Harris, L. (1981). *Systematic assessment of family stress and coping*. St. Paul: University of Minnesota.

- McKee, L. G., Parent, J., Zachary C. R. & Forehand, R. (2017). Mindful Parenting and Emotion Socialization Practices: Concurrent and Longitudinal Associations, *Family Process*, 57, 3, (752-766).
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1981). Family Therapy Techniques, pp. 28–49, *Harvard University Press*, Cambridge, Massachusetts.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: J. P. Delarge.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., Carona, C., Silva, N., & Canavarro, M. C. (2015). Maternal attachment and children's quality of life: The mediating role of self-compassion and parenting stress. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2332-2344.
- Najman J. M., Behrens, B. C., Andersen, A., Bor, W., O'callaghan, M., & Williams G.M. (1997). Impact of Family Type and Family Quality on Child Behavior Problems: A Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 36, Issue 10, 1357 – 1365.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154 <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-014-0036-z>.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225–240 <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274.
- Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P - Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11: 114 – 144. Doi: 10.1007/s10567-008-0033-0.
- Nozes, (2018). *A Intervenção com Famílias de Crianças em Risco Familiar e Ambiental*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Olson, D. H. (2008). *FACES IV Manual*. Minneapolis: Life Innovations.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS*. 4th Edition. Alexandre: National Library of Australia.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.
- Pereira, M. L., Ferraz, M. P. d. T., Peçanha, D. L. N., Mesquita, M. E., Finazzi, M. E. P., & Bordin, I. A. S. (2015). Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 641-652 <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400007>.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Editora Sílabo.
- Pereira 2016, E. (2016). *Vinculação, autocompaixão e resiliência em jovens adultos: relações com as competências sociais*. Dissertação de mestrado em psicologia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Pinsolf, W. M., Zinbarg, R. E., Lebow, J. L., Knobloch-Fedders, L. M., Durbin, E., Chambers, A., Latta, T., Karam, E., Goldsmith, J., & Friedman, G. (2009). Laying the foundation for progress research in family, couple, and individual therapy: the development and psychometric features of the initial systemic therapy inventory of change. *Psychother Res*, 19 (2): 143 - 56. Doi: 10.1080/10503300802669973.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942.
- Psychogiou L., Netsi E., Sethna V., & Ramchandani P.G. (2016). Expressed Emotion as an assessment of family environment with mothers and fathers of one-year old children. *Child: Care, Health and Development*. 2013; 39:703–709.
- Psychogiou L., Legge K., Parry E., Mann J., Nath S., Ford T., & Kuyken W. (2016). Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness*.7:896–908. PMID:27429666.
- Ramires, V. R. (2004). As transições familiares: a perspectiva de crianças e pré-adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 9, 183-193.
- Relvas, A. P., Cunha, D. (2013). *Economic crisis and family difficulties in Portugal: two sides of the same coin?*, comunicação apresentada em 8th EFTA Congress. Opportunity in a Time of Crisis - The Role of the Family, Istambul, 24 a 27 de Outubro.
- Relvas, A. P. e Major, S. (2014). *Avaliação familiar: funcionamento e intervenção, vol. 1*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Acedido a 25 de Fevereiro de 2019 em: <https://books.google.pt/books?id=fkOICwAAQBAJ&pg=PA28&elpg=PA28&edq=alfa+de+croNbach+score+15&source=bleots=M3evEblkwWesig=JdSe2Bcq>

- fVbUYVb9bF9h8pcbK4eh=ptPTesa=Xeved=0ahUKEwiIxdeWivLSAhUG6RQKHUaeA98Q6AEITDAF#v=onepageeq=alfa%20de%20cronbach%20score%2015ef=false.
- Rutter, M. (2010). Gene–environment interplay. *Depression & Anxiety*, 27, 1–4.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1998). *Terapia familiar*. 4ª ed. Porto, Edições Afrontamento.
- Saud, L. F. & Tonelotto, J. M. F. (2005). Comportamento social na escola: diferenças entre gênero e séries. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9 (1): 47 – 57, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572005000100005>.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press.
- Simpson, G.A., Bloom, B., Cohen, R.A., Blumberg, S. & Bourdon, K.H. (2005). Children with emotional and behavioral difficulties: *National Health Interview Surveys*. 360, 1–13.
- Smedje, H. Broman, J. E., Hetta, J. & Von Knorring, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire." *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8: 63 - 70. Doi: 10.1007/s007870050086.
- Sroufe, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2(4), 335-347. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400005769>.
- Steiner, A. Z., & Paulson, R. J. (2007). Motherhood after age 50: An evaluation of parenting stress and physical functioning. *Fertility and Sterility*, 87, 1327–1332. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.11.074.
- Stratton, P. Bland, J. Janes, E. e Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic therapy and couple therapy. *Journal of family therapy*, 32:232-258. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x>.
- Stratton, P. Lask, J. Bland, J. Nowotny, E. Evans, C. Singh, R. Janes, E. e Peppiatt, A. (2014). Validation of the SCORE-15 Index of Famililly Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy. *Journal of Family Therapy*, 36: 3 - 19. Doi: 10.1111/1467-6427.12022.
- Svedin, C. G., & Priebe, G. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 225-232 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.12.002>.
- Tallón, M. A., Ferro, M. J., Gómez, R. & Parra, P. (1999). Evaluacion del clima familiar en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicologia Geral y Aplicada*, 451-462.
- Tiffin, P. A., Pearce, M., Kaplan, C., Fundudis, T., & Parker, L. (2007). The impact of socio-economic status and mobility on perceived family functioning. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(4), 653-667. <http://dx.doi.org/10.1007/s10834-007-9077-4>.
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years: age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 189-198.
- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Verhoeven, M. Junger, M. van Aken, C. Dekovic, M. e van Aken, M. A. G. (2010). Parenting and children’s externalizing behavior: Bidirectionality during toddlerhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31: 93 – 105. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.09.002>.
- Vilaça, M. Silva, J. T. e Relvas, A. P. (2014). *Systemic clinical outcome routine evaluation (SCORE-15)*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Weijers, D., Steensel, F.J.A. & Bögels, S.M. (2018). Associations between Psychopathology in Mothers, Fathers and Their Children: A Structural Modeling Approach. *Journal of Child and Family Studies* 27(6), 1992-2003. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1024-5>.
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review – Update. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530–547. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.12.069>.
- Zuroff, D.C., Moskowitz, D.S. & Cote, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 23.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., & Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy Research*, 18(4), 367-385. doi: 10.1007/BF02357511.