

Universidades Lusíada

Coutinho, Joana Helena Pina Bastos de Almeida

A relação entre a severidade da sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e a autocompaixão em adultos

<http://hdl.handle.net/11067/7308>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	<p>Emergência do estudo: A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação que está a ser alvo de estudo tanto na infância como na idade adulta. Apesar de já existirem estudos desta perturbação direcionados para a idade adulta, este estudo foca especificamente na variável autocompaixão e nas suas dimensões, tais como, autobondade, autojulgamento, humanidade comum, isolamento, mindfulness e sobreidentificação em pessoas com PHDA e investiga se os níveis de autocompaixão está...</p> <p>Emergence of the study: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder that is being studied both in childhood and in adulthood. Although there are already studies of this disorder directed towards adulthood, this study focuses specifically on the self-compassion variable and its dimensions, such as self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness and overidentification in people with ADHD and investigates whether the levels of self-compassion are correlated w...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Necessidades Educativas Especiais - Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção, Teste psicológico - Inventário Breve de Sintomas, Teste psicológico - Self Compassion Scale (SCS), Teste psicológico - Escala de Autoavaliação de PDHA para o Adulto (ASRS v1.1)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:24:44Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada
Porto

A relação entre a severidade da sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e a Autocompaixão em adultos

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2023

Joana Helena Pina Bastos Almeida Coutinho



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada



Universidade Lusíada
Porto

A relação entre a severidade da sintomatologia de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e a Autocompaixão em adultos

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

PORTO, 2023

Joana Helena Pina Bastos Almeida Coutinho

Trabalho efectuado sob a orientação do/a
Professora Doutora Sofia Marques



instituto de psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada

Agradecimentos

Esta foi sem dúvida uma das etapas mais importante, gratificante, enriquecedora e inesquecível na minha vida e no meu percurso enquanto estudante e futura profissional. Assim sendo, com o fechar desta etapa, tenho de agradecer às pessoas que fizeram parte dela.

Deste modo, quero agradecer à Universidade Lusíada (Porto), casa que me acolheu ao longo destes cinco anos e me proporcionou momentos inesquecíveis e uma riqueza de aprendizagens.

Quero agradecer à Professora Doutora Sofia Ramalho, a docente da disciplina Dissertação, que foi exímia no seu desempenho enquanto profissional, sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas, motivando e apoiando todos os estudantes.

Quero agradecer com especial carinho à minha orientadora, a Professora Doutora Sofia Marques, que esteve sempre presente ao longo da elaboração da minha tese, tendo sido uma ajuda fulcral nesta fase e que foi uma excelente profissional ao longo destes cinco anos, estando sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas, com todo o apoio e dedicação.

O maior agradecimento vai para os meus pais, irmãs e avós, por estarem sempre lá quando precisei e por serem a maior fonte de apoio, amor, carinho, atenção, dedicação, amizade e aconchego.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer com especial carinho, principalmente a duas amigas, Inês e Joana, que me acompanharam sempre neste percurso. A todos os restantes amigos, familiares e profissionais que me acompanharam, proporcionando o melhor e maior crescimento pessoal e profissional, um enorme obrigada.

Resumo

Emergência do estudo: A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação que está a ser alvo de estudo tanto na infância como na idade adulta. Apesar de já existirem estudos desta perturbação direcionados para a idade adulta, este estudo foca especificamente na variável autocompaixão e nas suas dimensões, tais como, autobondade, autojulgamento, humanidade comum, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação em pessoas com PHDA e investiga se os níveis de autocompaixão estão correlacionados com os níveis de sintomatologia da PHDA. A idade adulta é o ponto atual da pesquisa da PHDA, que deve ser levada em consideração, uma vez que esta perturbação tende a manter-se ao longo da trajetória de vida e afeta os diferentes domínios de funcionamento do sujeito. A literatura diz-nos que a autocompaixão é menor em adultos com PHDA, comparativamente a adultos sem. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é compreender se existe uma relação entre o nível e as dimensões de autocompaixão e a gravidade da sintomatologia em adultos com diagnóstico de PHDA. **Metodologia:** Este estudo é de cariz descritivo e correlacional. **Participantes:** Neste presente estudo, foram recrutados como participantes 20 indivíduos, com mais de 18 anos, com diagnóstico de PHDA estabelecido. **Instrumentos:** Os instrumentos que foram administrados são o Inventário Breve de Sintomas (BSI), o *Self compassion Scale (SCS)* e a Escala de Auto-avaliação de PHDA para o Adulto (ASRS v1.1). Foi também recolhida informação sociodemográfica, bem como informação sobre a apresentação diagnosticada, a presença de comorbilidades e a terapêutica atual. **Procedimentos:** Os participantes foram recrutados através de profissionais de saúde, que trabalham diretamente com adultos com PHDA, em contexto de clínica privada, no sentido de lhes dar a conhecer o estudo e convidá-los a participar. Após a aceitação dos mesmos, foi-lhes enviado o link para preenchimento dos questionários e respetivo consentimento informado. Para análise dos dados, foram feitas análises de correlações entre as variáveis, de modo a perceber a relação que as mesmas têm e análises de diferenças, de modo a comparar grupos, com recurso ao programa IBM SPSS 27.

Palavras-chave: PHDA, autocompaixão, sintomatologia, adultos, BSI, SCS, ASRS v1.1.

Abstract

Emergence of the study: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder that is being studied both in childhood and in adulthood. Although there are already studies of this disorder directed towards adulthood, this study focuses specifically on the self-compassion variable and its dimensions, such as self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness and overidentification in people with ADHD and investigates whether the levels of self-compassion are correlated with levels of ADHD symptomatology. Adulthood is the current point of research on ADHD, which must be taken into account, since this disturbance tends to persist throughout life and affects the subject's different domains of functioning. The literature tells us that self-compassion is lower in adults with ADHD compared to adults without. **Objective:** The purpose of this study is to understand whether there is a relationship between the level and dimensions of self-compassion and the severity of symptoms in adults diagnosed with ADHD. **Methodology:** This study is descriptive and correlational. **Participants:** In this present study, 20 individuals, over 18 years old, with an established diagnosis of ADHD were recruited as participants. **Instruments:** The instruments that were administered are the Brief Symptom Inventory (BSI), the Self Compassion Scale (SCS) and the Adult ADHD Self-Rating Scale (ASRS v1.1). Sociodemographic information was also collected, as well as information on the diagnosed presentation, the presence of comorbidities and current therapy. **Procedures:** Participants were recruited through health professionals who work directly with adults with ADHD, in the context of a private clinic, in order to make them aware of the study and invite them to participate. After accepting them, they were sent the link to fill in the questionnaires and their informed consent. For data analysis, analysis of correlations between the variables were carried out, in order to understand the relationship that they have and analysis of differences, in order to compare groups, using the IBM SPSS 27 program.

Keywords: ADHD, self-compassion, symptomatology, adults, BSI, SCS, ASRS v1.1.

Índice

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract	3
Lista de Tabelas	6
Lista de Abreviaturas	7
Introdução	8
PHDA	8
Definição	8
Caracterização	9
Relevância do Estudo da PHDA na Idade Adulta	10
PHDA: Impacto nos domínios de funcionamento	11
Prevalência e Epidemiologia	13
Etiologia.....	13
Autocompaixão	14
Relação entre Autocompaixão e PHDA.....	15
Questão, Objetivos e Hipóteses	16
Metodologia	18
Tipo de Estudo	18
Participantes	18
Instrumentos	18
Questionário sociodemográfico	18
Inventário Breve de sintomas: BSI.....	18
Escala de Autocompaixão (SCS).....	19
Escala de Auto-avaliação de PHDA para o Adulto (ASRS-v1.1).....	20
Procedimentos.....	21
Recolha de dados.....	21
Análise de dados.....	22
Resultados	23

Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respectivas subescalas	29
Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respectivas subescalas	31
Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da escala de autocompaixão e respectivas subescalas	34
Discussão	37
Correlação entre o nível de autocompaixão e a gravidade da sintomatologia de PHDA.....	37
Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respectivas subescalas	43
Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respectivas subescalas	45
Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da escala de autocompaixão e respectivas subescalas	46
Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas	51
Anexos	57
ANEXO A - CONSENTIMENTO INFORMADO	58

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da amostra.....	23
Tabela 2 – Correlações entre o nível da Autocompaixão (nível geral e dimensões: Autobondade, Autojulgamento, Humanidade Comum, Isolamento, <i>Mindfulness</i> e Sobreidentificação), com a sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas- BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA.....	25
Tabela 3 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Autobondade.....	29
Tabela 4 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Humanidade Comum.....	30
Tabela 5 – Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala <i>Mindfulness</i>	31
Tabela 6 – Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da subescala Autobondade.....	32
Tabela 7 – Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da subescala Humanidade Comum.....	33
Tabela 8 – Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da subescala <i>Mindfulness</i>	33
Tabela 9 – Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Autobondade.....	34
Tabela 10 – Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Humanidade Comum.....	35
Tabela 11 – Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala <i>Mindfulness</i>	36

Lista de Abreviaturas

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

BSI – Brief Symptom Inventory

SCS – Self-compassion Scale

ASRS – Adult ADHD Self-Report Scale

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

SELFCS – Self-compassion Scale

ANCOVA – Análise de Covariância

MBCT – Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Introdução

A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação que tem vindo a ser alvo de estudo tanto na infância e adolescência, como na idade adulta. Apesar de já existirem muitos estudos sobre o impacto desta perturbação na idade adulta, o objetivo deste estudo é focar especificamente em como a perturbação e a sua sintomatologia se correlaciona e afeta a autocompaixão em pessoas com PHDA, enquanto processo de direcionar a compaixão para si próprio, nas suas várias dimensões, tais como, autobondade, autojulgamento, humanidade comum, isolamento, atenção plena/*mindfulness* e sobreidentificação. Com a publicação da versão 5 do DSM, esta perturbação deixa de pertencer à secção das “Perturbações que aparecem habitualmente na Primeira e na Segunda Infância e na Adolescência” como acontecia no DSM-IV, passando a integrar as “Perturbações do Neurodesenvolvimento”, assumindo-se a etiologia neurobiológica da perturbação e o seu carácter de permanência ao longo da vida (American Psychiatric Association, 2014). A idade adulta é o ponto atual da pesquisa da PHDA, que deve ser levada em consideração, uma vez que esta perturbação tende a manter-se ao longo da trajetória de vida e afeta os diferentes domínios de funcionamento, bem como o desenvolvimento do sujeito. A literatura é muito escassa neste tópico, tendo sido encontrado apenas um/dois artigos recentes, que conclui que a autocompaixão é menor em adultos com PHDA, comparativamente a adultos sem a perturbação. Neste estudo, apenas estudaram grupos de pessoas com e sem a perturbação, e compararam-nas ao nível da autocompaixão, mas não procuraram perceber se os níveis de autocompaixão variavam em função da gravidade dos sintomas de PHDA, e vice-versa. Como estudos recentes mostram que a autocompaixão está negativamente associada com a PHDA, o presente estudo investiga se os níveis de autocompaixão estão correlacionados com a gravidade da sintomatologia da PHDA, ou seja, em que medida os níveis de autocompaixão influenciam a severidade dos sintomas e vice-versa, em que medida a severidade dos sintomas condiciona os níveis de autocompaixão.

PHDA

Definição

A PHDA é caracterizada como uma perturbação persistente de desatenção ou falta de concentração e/ou impulsividade-hiperatividade, que se revela de modo mais intenso e grave que o habitual para indivíduos com o mesmo grau de desenvolvimento, interferindo significativamente no rendimento académico, social ou laboral. Esta perturbação é complexa e

pode afetar o indivíduo ao longo do ciclo da vida, estando associada com etiologias, apresentações clínicas e tratamentos substancialmente heterogêneos (American Psychiatric Association, 2014).

A desatenção manifesta-se comportamentalmente na PHDA, como desviar-se da tarefa, deixar de seguir instruções ou não conseguir terminar o trabalho ou tarefas, ter dificuldade em manter o foco e ser desorganizado, não sendo atribuível à falta de capacidade de compreensão. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva quando não é apropriada (e.g. uma criança correr num local em que não é apropriado), à agitação excessiva ou ser demasiado falador. Em adultos, a hiperatividade pode-se manifestar como extrema inquietação ou desgaste dos outros com a sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação, o que pode ter potencial para prejudicar o indivíduo (por exemplo, correr para a rua sem olhar). A impulsividade pode refletir um desejo de recompensas imediatas ou uma incapacidade de adiar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem-se manifestar como intrusão social (por exemplo, interromper os outros excessivamente) e/ou tomar decisões importantes sem ter em consideração consequências de longo prazo (por exemplo, aceitar um emprego sem obter informações adequadas/suficientes) (American Psychiatric Association, 2014).

Caracterização

De acordo com a quinta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5, existem três apresentações da PHDA distintas, especificamente: a predominantemente Desatenta (seis ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos de seis de hiperatividade-impulsividade e que persistem durante pelo menos seis meses); a Hiperativa-Impulsiva (seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade, mas menos de seis de falta de atenção e que persistem durante pelo menos seis meses); e, a Combinada (quando estão satisfeitas ambas as condições das duas apresentações anteriores) (American Psychiatric Association, 2014).

Segundo o DSM-5, a PHDA de apresentação predominantemente desatenta apresenta os seguintes sintomas de diagnóstico, entre eles: i) falha em prestar atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido; ii) dificuldades em manter a atenção no desempenho de tarefas ou atividades; iii) parece não ouvir quando se lhe fala diretamente; iv) não segue instruções e não termina os trabalhos; v) dificuldades em organizar tarefas e atividades; vi) evita, não gosta ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental

mantido; vii) perde objetos necessários para tarefas ou atividades; viii) facilmente distraído por estímulos alheios; ix) esquece-se com frequência das atividades quotidianas (American Psychiatric Association, 2014).

Já os sintomas de diagnóstico para a PHDA de apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva são: i) agita ou bate com as mãos e os pés ou remexe-se quando está sentado; ii) levanta-se em situações em que se espera que esteja sentado; iii) corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo; iv) é incapaz de jogar ou envolver-se com tranquilidade em atividades de lazer; v) frequentemente “em movimento”, agindo como se estivesse “ligado a um motor”; vi) fala em excesso; vii) precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado; viii) dificuldades em esperar pela sua vez; ix) interrompe ou interfere nas atividades dos outros (American Psychiatric Association, 2014). Importa salientar que no DSM-5 para o diagnóstico acontecer tem que haver evidência de que os sintomas estavam presentes na infância.

Quanto à evolução da sintomatologia ao longo do tempo/idade, à medida que os pacientes entram na idade adulta, os sintomas de desatenção permanecem em grande parte inalterados, enquanto os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a diminuir (Leahy, 2018).

Relevância do Estudo da PHDA na Idade Adulta

A PHDA é um dos problemas neurodesenvolvimentais mais comuns na infância (Oliveira et al., 2017). A investigação sugere que os sintomas de PHDA podem persistir na idade adulta, com um impacto significativo nas relações, vida profissional e até mesmo na segurança pessoal dos indivíduos que possam sofrer desta condição clínica. Devido ao facto de esta perturbação não ser, frequentemente, bem percebida, muitas pessoas não diagnosticadas não recebem o tratamento adequado e, como resultado, podem nunca atingir o seu potencial completo. Parte do problema é que o diagnóstico pode ser difícil, especialmente em adultos, sobretudo pela elevada comorbilidade com outros quadros psicopatológicos e pela dificuldade em confirmar a presença dos sintomas na infância (OMS et al., 2003).

A PHDA é muitas vezes não diagnosticada e não tratada em adultos devido à falta de conhecimento da doença, acesso inadequado aos cuidados de saúde, especialmente o acesso a profissionais de saúde com conhecimento na PHDA, ou uso de critérios de diagnósticos prevalentes antes do DSM-5. (Ginsberg et al., 2014; Young & Goodman, 2016). Os adultos também podem adotar várias estratégias de *coping* que mascaram os seus sintomas de PHDA.

É em parte por isso que os critérios do DSM-5 têm um requisito reduzido de ≥ 5 sintomas para o diagnóstico de PHDA naqueles ≥ 17 anos de idade (Leahy, 2018). Além disso, embora a perturbação seja amplamente considerada como tendo início durante a infância, alguns estudos longitudinais recentemente levantaram a possibilidade de um tipo distinto de PHDA com início na idade adulta (Agnew-Blais et al., 2016; Caye et al., 2016).

De facto, já há muito que a PHDA deixou de ser considerada uma mera perturbação do comportamento, para ser vista como uma perturbação que implica vários défices neuropsicológicos e neurobiológicos (Almeida et al., 2013). Ou seja, olhar para a PHDA como uma Perturbação do Neurodesenvolvimento é assumir que existem funções de desenvolvimento que estão em causa na sua evolução normativa, como por exemplo, as funções de regulação do comportamento e da atenção (funções executivas), fundamentais para o desenvolvimento saudável e harmonioso do indivíduo (Vian, 2019).

PHDA: Impacto nos domínios de funcionamento

De acordo com Barkley et al. (2006), as várias características clínicas associadas à PHDA podem afetar significativamente o funcionamento do indivíduo em vários contextos, causando um grande impacto, tanto na sua vida, como na de quem o rodeia. Interfere, portanto, nos níveis académico e profissional (maior risco de insucesso escolar, abandono escolar precoce, retenção, suspensão e/ou expulsão da escola, dificuldade em manter o emprego); comportamental (maior probabilidade de se envolver em comportamentos de risco, de sofrer acidentes e/ou lesões traumáticas); social (comportamento antissocial, dificuldade em manter amigos, relações sexuais precoces, gravidezes indesejadas na adolescência) e psicológico (dificuldade em expressar ideias e emoções, elevado grau de imaturidade, dificuldade em controlar a raiva e a agressividade, baixa tolerância à frustração, irritabilidade, baixa autoestima).

Na idade adulta, existem alguns sinais de alerta, tais como, falha ocupacional, problemas de autoestima, prejuízo ou acidentes, problemas de relacionamento, abuso de substâncias e comportamento sexual de risco. Por exemplo, um adulto com PHDA aborrece-se mais facilmente; troca frequentemente de atividades; tende a ser mais impaciente e inquietante, há o desejo de fazer tudo ao mesmo tempo, bem como a necessidade de vivenciar várias experiências (Cortese et al., 2021). Na PHDA, alterações no domínio das funções executivas refletem-se na dificuldade em manter ou focar a atenção; monitorizar e regular o desempenho; incapacidade para planear ações; desorganização; impulsividade; memória de trabalho

reduzida; comportamento perserverativo reduzido; resistência à mudança de atividades; incapacidade em aprender com os erros; entre outros (Biederman et al., 2008).

Na adolescência e início da idade adulta, os indivíduos com PHDA demonstram taxas aumentadas de abuso de drogas e álcool, incidentes relacionados com o trânsito e gravidez na adolescência em relação aos indivíduos sem PHDA (Caye et al., 2016). Adultos com PHDA geralmente sofrem de baixo desempenho ocupacional, dificuldades financeiras, baixa autoestima, problemas de relacionamento pessoal e apresentam taxas aumentadas de comorbidades psiquiátricas (Biederman et al., 1993).

Segundo o DSM-5, défices académicos, problemas relacionados à escola e negligência dos pares tendem a estar mais associados a sintomas elevados de desatenção, enquanto a rejeição dos colegas e, em menor grau, lesões acidentais, estão mais associados a sintomas marcantes de hiperatividade ou impulsividade. O empenho insuficiente ou variável em tarefas que exigem esforço sustentado é muitas vezes interpretado por outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. Jovens adultos com PHDA têm baixa estabilidade no emprego. Adultos com PHDA apresentam pior desempenho ocupacional, menor realização, mais faltas ao trabalho e maior probabilidade de desemprego, bem como conflito interpessoal elevado. Em média, indivíduos com PHDA obtêm menos escolaridade, apresentam pior desempenho vocacional e pontuações intelectuais mais baixas do que os seus pares, embora haja grande variabilidade. Na sua forma grave, a perturbação é marcadamente incapacitante, afetando o ajustamento social, familiar e escolar/ocupacional. As relações familiares podem ser caracterizadas por discórdia e interações negativas. Indivíduos com PHDA têm baixa autoestima em relação aos colegas sem PHDA. Os relacionamentos entre pares são frequentemente interrompidos por rejeição, negligência ou provocação do indivíduo com PHDA. O risco de perturbações subsequentes por uso de substâncias é elevado, especialmente quando se desenvolve perturbação de conduta ou perturbação de personalidade antissocial. Indivíduos com PHDA são mais propensos do que os seus pares a terem acidentes. Crianças e adultos com PHDA correm maior risco de sofrer traumas e desenvolver perturbação de *stress* pós-traumático subsequente. Acidentes de trânsito e infrações são mais frequentes em condutores com PHDA. Indivíduos com PHDA têm uma taxa de mortalidade geral mais alta, principalmente por causa de acidentes e lesões. A par disto também pode haver uma probabilidade elevada de obesidade e hipertensão em indivíduos com a perturbação (American Psychiatric Association, 2014).

Prevalência e Epidemiologia

As pesquisas populacionais sugerem que a PHDA ocorre na maioria das culturas em cerca de 7.2% das crianças e 2.5% dos adultos, sendo mais frequente no sexo masculino do que no feminino, com um rácio aproximado de 2:1 nas crianças e 1.6:1 nos adultos (American Psychiatric Association, 2014).

Apesar de não existir um consenso quanto a estes dados, a PHDA é uma perturbação altamente prevalente (Beaton et al., 2022). Estima-se que, em todo o mundo, 3.4% dos adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos tenham PHDA (Fayyad et al., 2016). Estudos clínicos retrospectivos relatam que até 50% das pessoas com PHDA clínico ou com traços evidentes da perturbação (subclínicos) experienciam episódios depressivos ou níveis de ansiedade aumentados (Biederman et al., 1993; Kessler et al., 2006; Ollendick et al., 2008). Pessoas com PHDA têm, também, uma menor tolerância para o *stress*, labilidade emocional/humor instável e níveis mais altos de *stress* percebido, em comparação com indivíduos sem PHDA (Combs et al., 2015; Yeguez et al., 2018). Além disso, pessoas com esta perturbação relatam níveis mais baixos de satisfação com a vida, qualidade de vida e bem-estar geral (Gudjonsson et al., 2009).

Comparando ambos os sexos, o sexo masculino apresenta maioritariamente características de hiperatividade e impulsividade, enquanto o sexo feminino tem uma maior probabilidade de apresentar características desatentas, o que dificulta muitas vezes o seu diagnóstico. As diferenças entre os sexos na gravidade dos sintomas da PHDA podem ser devido a diferenças genéticas e cognitivas entre ambos (American Psychiatric Association, 2014).

Etiologia

A etiologia desta perturbação ainda não é completamente conhecida, no entanto, reconhece-se a sua natureza multifatorial, existindo um conjunto de fatores de risco e de prognóstico, nomeadamente a nível temperamental, ambiental e até mesmo genético, que afetam o normal desenvolvimento e poderão ter impacto no funcionamento da pessoa (American Psychiatric Association, 2014).

Os fatores que podem influenciar o desenvolvimento desta perturbação são a hereditariedade, sendo que a hereditariedade da PHDA é de aproximadamente 74%; os fatores pré-natais, como o consumo de álcool, tabaco e drogas durante a gravidez, stress e saúde materna; os fatores peri-natais, como peso à nascença, complicações durante o parto,

prematuridade e índice de Apgar (que avalia a vitalidade do bebê) atípico; e também os fatores pós-natais, tais como, malnutrição, carência alimentar, exposição ao chumbo e adversidades psicossociais (Curatolo et al., 2010).

Autocompaixão

De acordo com Neff (2003), a autocompaixão é uma maneira saudável de se relacionar consigo mesmo durante momentos de sofrimento emocional ou físico, através do processo de direcionar a compaixão para si próprio. A autocompaixão envolve três componentes principais: (a) Autobondade – ser gentil e compreensivo consigo mesmo em casos de dor ou fracasso, em vez de ser duramente autocrítico, (b) Humanidade Comum – perceber as próprias experiências como parte do ser humano, ou seja, ter uma maior experiência, em vez de vê-las como separadores e isolantes, e (c) Atenção Plena/*Mindfulness* – manter pensamentos e sentimentos dolorosos em consciência equilibrada, em vez de se identificar ou focar demasiado neles. A autocompaixão é uma atitude emocionalmente positiva que deve proteger contra as consequências negativas do autojulgamento, isolamento e sobreidentificação (como acontece comumente na depressão). Devido à sua natureza não avaliativa e interconectada, deve também combater as tendências ao narcisismo, egocentrismo, e comparação social, que tem sido associada a tentativas de manter a autoestima. Ter elevada autocompaixão é mostrar bondade e compreensão em relação a si mesmo em tempos de sofrimento, da mesma forma que uma pessoa mostraria compaixão pelos outros (Neff, 2003).

Ser autocompassivo implica não ter um padrão de fuga ou de evitamento da experiência interna negativa, mas ter o desejo de cuidar do seu sofrimento de forma mais calorosa, com compreensão e tolerância (Pinto-Gouveia et al., 2013). Face a um problema ou uma adversidade, pessoas com uma maior autocompaixão tratam-se a si próprias com preocupação e bondade, em vez de se autocriticarem ou julgarem, reconhecendo essas dificuldades como parte da vida (Brion et al., 2014). Assim, quando a pessoa se depara com uma experiência negativa, a autocompaixão pode surgir como um recurso essencial, uma vez que pessoas com elevada autocompaixão têm menor probabilidade de catastrofizar as situações negativas, que vão surgindo no decorrer do ciclo vital, experienciando menor ansiedade e não evitando desafios por medo de falhar (Allen & Leary, 2010). A autocompaixão, enquanto estratégia de regulação emocional, promove comportamentos adaptativos, proporcionando uma mudança efetiva no incremento da saúde e do bem-estar (Pinto-Gouveia et al., 2013).

Apesar de existir pouca investigação, as possibilidades de usar o conceito e as práticas de autocompaixão para ajudar aqueles que sofrem de autoatitudes negativas são extremamente promissoras. Incentivar o desenvolvimento da autocompaixão deve beneficiar os indivíduos, ajudando-os a combater tendências autocríticas destrutivas, reconhecer a sua interconexão com os outros e lidar com as suas emoções, sejam estas positivas ou negativas, com uma maior clareza e igualdade. Uma mudança de cultura que reconhecesse o valor da autocompaixão também poderia beneficiar a sociedade, pois encorajaria uma população mais gentil, menos egocêntrica, menos isolada e mais funcional emocionalmente (Neff, 2003).

Neff (2003) analisou vários estudos, que incidem, por exemplo, nas potenciais diferenças culturais, que podem ser um fator importante para o estudo da autocompaixão. Assim sendo, concluiu que os asiáticos têm menos autocompaixão, comparativamente aos ocidentais. Por isso não está claro se o desenvolvimento da autocompaixão é ajudado ou dificultado por normas culturais ou de género. Outro estudo analisado pela autora sugeriu que os indivíduos que experienciaram afeto, relacionamentos de apoio com os seus pais em crianças, e que percebem os seus pais como compreensivos e compassivos, tendem a ter mais autocompaixão na idade adulta.

Relação entre Autocompaixão e PHDA

Estudos recentes mostram que a autocompaixão está negativamente associada com os sintomas de PHDA e que a autocompaixão é um fator importante na saúde mental de adultos com PHDA, melhorando o seu bem-estar (Beaton et al., 2020; Beaton et al., 2022). Vários estudos têm mostrado que a autocompaixão pode ser um fator importante, que contribui para a saúde mental de populações neurodiversas (por exemplo, indivíduos com depressão ou ansiedade em comorbidade), merecendo este domínio maior investimento em investigação (Beaton et al., 2022).

A autocompaixão também tem pontos em comum com muitas das diferenças individuais que são conhecidas por contribuir para a saúde mental das pessoas com PHDA. Por exemplo, a desregulação emocional (Bodalski et al., 2019), autoesquemas mal-adaptativos (Miklósi et al., 2016) e resiliência limitada (Regalla et al., 2015) são fatores que têm sido implicados na saúde mental de pessoas com PHDA (Knouse et al., 2008; Oddo et al., 2018). Esses fatores também refletem baixa autocompaixão. A autocompaixão é um autoesquema adaptativo, é também um fator de resiliência em momentos de fracasso e *stress*, ajudando as pessoas a lidar com desafios de longo prazo, facilitando o uso de

estratégias saudáveis de regulação emocional (Neff, 2003). Portanto, a autocompaixão é um fator único que representa muitos dos elementos considerados como potenciais fatores subjacentes à saúde mental de pessoas com PHDA. (Beaton et al., 2022). Nesse sentido, se a autocompaixão contribui para a saúde mental de indivíduos neurotípicos, pode ser igualmente um fator contribuinte para a saúde mental de indivíduos com perturbações do neurodesenvolvimento e neurobiológicas, como é o caso da PHDA (Beaton et al., 2022).

Beaton et al. (2022) realizaram um estudo em que os resultados sugerem que a baixa autocompaixão piora a saúde mental de adultos com PHDA, comparativamente a adultos sem PHDA, e que os níveis de bem-estar psicológico, emocional e social são todos mais baixos em adultos com esta perturbação. Segundo Beaton et al. (2020), devido à natureza externalizada de muitos comportamentos da PHDA, a presença dos sintomas não é apenas experienciada pela pessoa internamente, mas também é acompanhada pelas reações e *feedback* dos outros. Muitas das vezes estas pessoas são mais facilmente criticadas ou gozadas, reprimidas e penalizadas pelos seus comportamentos. A comparação social pode afetar estas pessoas, uma vez que é um determinante da autoestima. (Neff, 2003). Dessa forma, Beaton et al. (2020) concluíram que adultos com diagnóstico de PHDA são menos autocompassivos do que aqueles sem PHDA e ainda Willoughby e Evans (2019) salientaram, com o seu estudo, que estudantes universitários com PHDA apresentam traços de autocompaixão mais baixos, em comparação à população geral ou outros estudantes sem PHDA.

Sendo assim, a literatura indica-nos que indivíduos que tenham PHDA têm uma menor autocompaixão. Dessa forma, cada vez mais, é importante estudarmos a autocompaixão em adultos com este diagnóstico, uma vez que estes têm uma maior probabilidade de vivenciarem os eventos da vida com uma elevada intensidade e instabilidade de emoções negativas (Skirrow et al., 2014), ou seja, é fundamental estudarmos a importância da autocompaixão para o bem-estar, pois ter compaixão por si próprio promove o bem-estar mental e níveis reduzidos de psicopatologia (Neff, 2003).

Questão, Objetivos e Hipóteses

Este estudo tem como objetivo compreender se existe uma relação entre o nível e as dimensões de autocompaixão (Autobondade, Autojulgamento, Humanidade Comum, Isolamento, *Mindfulness* e Sobreidentificação) e a gravidade da sintomatologia em adultos com

diagnóstico de PHDA. Pretende-se também perceber se o nível de autocompaixão é diferente em função da apresentação da PHDA, em função da toma de medicação para a PHDA e em função do diagnóstico adicional (comorbilidades). Para isso, desenvolveu-se a seguinte questão de investigação: "Qual a relação entre a autocompaixão e a gravidade da sintomatologia em adultos com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA)?"

Por conseguinte, os objetivos específicos são os seguintes: (1) Caracterizar a amostra em relação ao nível e às dimensões da autocompaixão, à sintomatologia psicopatológica presente e à gravidade da sintomatologia de PHDA; (2) Verificar a presença de correlações entre o nível e as dimensões da autocompaixão, a sintomatologia psicopatológica (Índice Geral de Sintomas- BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA; (3) Testar diferenças no nível geral de autocompaixão e nas suas dimensões entre os tipos de apresentação da PHDA, entre a toma ou não de medicação para a PHDA e entre a existência ou não de um diagnóstico adicional, controlando para o efeito da sintomatologia psicopatológica (Índice Geral de Sintomas- BSI).

Tendo em conta os objetivos estabelecidos e a literatura, hipotetiza-se que poderá haver uma relação negativa entre a autocompaixão e a gravidade da sintomatologia em adultos com diagnóstico de PHDA.

Metodologia

Tipo de Estudo

Este estudo é de cariz descritivo e correlacional, pois consiste na descrição dos fenómenos, identificação e relação entre variáveis, assim como, a apreciação da interação entre as mesmas.

Participantes

Neste presente estudo, foram recrutados como participantes 20 indivíduos, com mais de 18 anos, com diagnóstico de PHDA estabelecido.

Os critérios de inclusão deste estudo foram ter mais de 18 anos e um diagnóstico de PHDA estabelecido. Quanto aos critérios de exclusão foram definidos os seguintes: indivíduos com outros diagnósticos do neurodesenvolvimento (e.g., perturbação do espectro do autismo) e com menos de 18 anos. Na PHDA em adultos é comum haver comorbilidade com a depressão e a ansiedade e não se pretende excluir essas pessoas, no entanto, irá ser controlada essa sintomatologia, de forma a não interferir nos resultados das análises.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Este questionário permitiu recolher informações acerca da idade, género, escolaridade, estado civil e ocupação atual.

Alguns dados clínicos foram pedidos no âmbito do questionário sociodemográfico, como informação sobre a apresentação da perturbação (predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa-impulsiva ou combinada), idade de diagnóstico (se aconteceu na infância ou idade adulta), tipo de diagnóstico, existência de outros diagnósticos em comorbilidade, toma de medicação, bem como o tipo de intervenção terapêutica recebida.

Inventário Breve de sintomas: BSI

O Inventário Breve de sintomas psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1993; Canavarro, 1999; Canavarro, 2007) é um instrumento de autorrelato validado para a população portuguesa, de rastreio do mal-estar psicológico composto por 53 itens, cotados numa escala de 5 pontos do tipo likert, que varia de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes). Avalia sintomas psicopatológicos em termos de 9 dimensões de sintomatologia: Somatização (7 itens), Obsessões-compulsões (6 itens), Sensibilidade interpessoal (4 itens), Depressão (6 itens), Ansiedade (6 itens), Hostilidade (5 itens), Ansiedade fóbica (5 itens), Ideação Paranoide (5 itens), Psicoticíssimo (5 itens) e 3 Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), que representa uma pontuação

combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados, Índice de Sintomas Positivos (ISP), que oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados e Total de Sintomas Positivos (TSP), que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas. Para o presente estudo, a pontuação total do BSI foi calculada através da soma dos 53 itens, dividindo pelo total, para atingir o valor médio. O alfa de Cronbach na amostra do presente estudo foi de ($\alpha = 0,95$), ou seja, o BSI apresenta altos níveis de consistência interna e alta confiabilidade, o que significa que apresenta uma consistência muito boa.

Escala de Autocompaixão (SCS)

Self-compassion Scale (SCS) (Neff, 2003; Castilho et al., 2015), traduzida e adaptada para a população portuguesa (Escala da Autocompaixão) é um questionário de autorrelato de 26 itens que mede seis componentes da autocompaixão: Autobondade (cinco itens; e.g., “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto”); Autojulgamento (cinco itens; e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”); Humanidade Comum (quatro itens; e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”); Isolamento (quatro itens; e.g., “Quando penso nas minhas inadequações, estas tendem a fazer-me sentir mais separado e isolado do resto do mundo”); Atenção Plena/*Mindfulness* (quatro itens; e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”). O *mindfulness* pode ser visto como uma prática ou como um traço/disposição da pessoa para encarar a vida de forma mais *mindful*. No caso da escala é isso que avaliam; e Sobreidentificação (quatro itens; e.g., “Quando me sinto em baixo, costumo ficar obcecado e foco em tudo o que está errado”). As pontuações médias nas seis subescalas podem ser calculadas (após itens negativos de codificação reversa) para criar uma pontuação geral de autocompaixão. Os itens são classificados numa escala likert de 5 pontos que varia de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) (Castilho et al., 2015). No presente estudo, para se calcular o score total, os itens negativos (autojulgamento, isolamento e sobreidentificação) foram recodificados. A pontuação total da autocompaixão foi calculada através da soma das seis subescalas, dividindo por seis, de forma a atingir o valor médio, sendo que, para cada subescala foi feita a média dos itens que cada uma contém. Pontuações altas nas subescalas autobondade, humanidade comum e *mindfulness* correspondem a níveis mais altos de autocompaixão e, contrariamente, pontuações altas nas subescalas autojulgamento, isolamento e sobreidentificação correspondem a níveis mais baixos de autocompaixão. O alfa de Cronbach na amostra do presente estudo foi de ($\alpha = 0,93$), sendo que a escala da autocompaixão apresenta

altos níveis de consistência interna e alta confiabilidade, o que significa que apresenta uma consistência muito boa, valor que vai de encontro aos estudos de Beaton et al. (2022) e de Castilho et al. (2015). Foi também importante avaliar a consistência interna das seis subescalas da autocompaixão na amostra do presente estudo, uma vez que estas são utilizadas nos testes estatísticos. A subescala Autobondade apresenta um alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,82$), o que significa que apresenta uma boa consistência interna. A subescala Autojulgamento apresenta um alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,86$), o que significa que apresenta, igualmente, uma boa consistência interna. A subescala Humanidade Comum apresenta um alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,75$), o que significa que apresenta uma consistência interna razoável. A subescala Isolamento apresenta um alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,82$), o que significa que apresenta uma boa consistência interna. A subescala *Mindfulness* apresenta um alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,73$), o que significa que apresenta uma consistência interna razoável. E, finalmente, a subescala Sobreidentificação apresenta um alfa de Cronbach de ($\alpha = 0,79$), o que significa que apresenta, também, uma consistência interna razoável. Estes valores vão de encontro aos estudos de Castilho et al. (2015) e de Castilho e Gouveia (2011), que referem que os valores do alfa de Cronbach das subescalas da autocompaixão variam entre .70 e .80.

Escala de Auto-avaliação de PHDA para o Adulto (ASRS-v1.1)

Esta escala é um instrumento que integra os dezoito sintomas de diagnóstico de PHDA. A frequência dos sintomas é avaliada numa escala tipo Likert de cinco pontos, de 0 (nunca) a 4 (muito frequentemente). Seis das dezoito questões foram consideradas as mais preditivas de sintomas consistentes com PHDA. Estas seis questões são a base da avaliação ASRS v1.1, consistindo também na Parte A desta escala. A Parte B contém as restantes doze questões (OMS et al., 2003).

As questões da escala são consistentes com os critérios do DSM-IV (não tendo havido mudanças no DSM-5 relativamente aos dezoito sintomas avaliados para o diagnóstico) e abordam as manifestações de sintomas de PHDA em adultos. O conteúdo do questionário também reflete a importância que o DSM-IV atribui aos sintomas, impacto funcional e antecedentes do utente para um diagnóstico correto. A escala demora cerca de 5 minutos a completar e pode fornecer informação fundamental para complementar o processo de diagnóstico (OMS et al., 2003). É importante mencionar que a versão da escala mais recente, publicada após a edição do DSM-5 não se encontra disponível em português de Portugal, daí ter-se optado pela versão alinhada com o DSM-IV.

A escala é um auxiliar de diagnóstico, mas não é possível estabelecer diagnóstico a partir de uma só escala. As avaliações são sempre compreensivas, e o *ex libris* de qualquer avaliação de diagnóstico é a entrevista clínica. Para o presente projeto, o diagnóstico já estava previamente estabelecido por um profissional de saúde, mas importa perceber qual é a gravidade dos sintomas na atualidade e para isso foi administrada esta escala, que compreende vários sintomas pontuados de 1 a 5. Quanto maior o valor total nesta, maior a severidade dos sintomas. A pontuação total da escala de PHDA foi calculada através da soma dos 18 itens e o alfa de Cronbach na amostra do presente estudo foi de ($\alpha = 0,86$), sendo que a escala de PHDA apresenta altos níveis de consistência interna e alta confiabilidade, o que significa que apresenta uma boa consistência.

Procedimentos

Recolha de dados

De forma a assegurar o cumprimento de todas as normas e diretrizes éticas deste projeto, foi elaborado e submetido um requerimento à Comissão de Ética da entidade acolhedora deste projeto, com declarações de compromisso de ética e de compromisso de entrega de resultados finais ao comité, bem como o consentimento informado (Anexo A), protocolo de instrumentos de recolha de dados e projeto de investigação. Relativamente aos instrumentos, requereu-se uma autorização por parte dos autores responsáveis pela tradução, validação e/ou adaptação para a população portuguesa/língua portuguesa (europeu) para utilização dos instrumentos no estudo em questão.

Quanto ao plano de recolha de dados do estudo, os participantes foram recrutados através de profissionais de saúde, que trabalham diretamente com adultos com PHDA, em contexto de clínica privada, no sentido de lhes dar a conhecer o estudo e convidá-los a participar. Os questionários foram transcritos para a plataforma *Forms* do Outlook/Office, sendo disponibilizado aos pacientes o link para o seu preenchimento. A par com os questionários já descritos na secção dos instrumentos, foi primeiramente recolhido o consentimento informado dos participantes de forma digital. No consentimento informado, foi garantido que a participação era totalmente anónima e confidencial, sendo que os participantes podiam a qualquer momento abandonar o preenchimento do formulário (ver Anexo A).

Análise de dados

A análise dos dados, foi feita com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 27. De forma a analisar os dados, primeiramente, estes foram introduzidos no SPSS, de seguida, procedeu-se à limpeza dos dados, assim como, à computação das variáveis. Seguiu-se a caracterização da distribuição, estatísticas descritivas e finalmente a seleção dos testes estatísticos para a testagem de hipóteses.

Os testes estatísticos que se utilizaram foram de natureza paramétrica atendendo a que se verificou uma distribuição aproximadamente normal das variáveis em estudo. Assim, realizaram-se análises de correlação, de modo a perceber a relação entre as variáveis e análises de diferenças, de modo a comparar grupos, controlando os sintomas de psicopatologia, avaliados a partir do BSI.

Resultados

Tabela 1

Características Sociodemográficas da amostra

Características	Amostra	
	N	%
Género		
Feminino	17	85.0%
Masculino	2	10.0%
Não Binário	1	5.0%
Idade		
20-31	8	40.0%
33-40	6	30.0%
41-48	6	30.0%
Escolaridade		
Secundário	2	10.0%
Licenciatura	10	50.0%
Mestrado	8	40.0%
Estado Civil		
Solteiro	10	50.0%
Casado/União de Facto	9	45.0%
Divorciado	1	5.0%
Relação de Intimidade/Amorosa		
Sim	11	55.0%
Não	9	45.0%
Ocupação Atual		
Estudante	2	10.0%
Trabalhador	15	75.0%
Estudante-Trabalhador	1	5.0%
Desempregado	2	10.0%
Tipo de Apresentação da PHDA		
Apresentação Desatenta	6	30.0%
Apresentação Combinada	13	65.0%
Omisso	1	5.0%
Toma de medicação para a PHDA		
Sim	15	75.0%
Não	5	25.0%
Diagnóstico Adicional (em Comorbilidade)		
Sim	9	45.0%
Não	11	55.0%
Ansiedade	3	15.0%
Burnout	1	5.0%

Depressão	1	5.0%
Depressão e Ansiedade	1	5.0%
Depressão, Alguma Ansiedade e POC	1	5.0%
Perturbação de Ansiedade Generalizada e Depressão	1	5.0%

A amostra é constituída por 20 participantes, 17 (85.0%) do género feminino, 2 (10.0%) do género masculino e 1 (5.0%) que se identificou como não-binário.

A idade dos participantes varia entre os 20 e os 48 anos, tendo uma média de 35.00 e um desvio-padrão de 8.34. A variável “idade” serviu de quatro medidas descritivas, o valor mínimo presente na amostra (20 anos), o valor máximo (48), a média das idades de todos os participantes (35.00) e o respetivo desvio-padrão (8.34).

Em relação à escolaridade, dos 20 participantes, 2 (10.0%) têm o secundário, 10 (50.0%) têm a licenciatura e 8 (40.0%) têm o mestrado como habilitações literárias.

Em relação ao estado civil, dos 20 participantes, 10 (50.0%) são solteiros, 9 (45.0%) estão casados ou em união de facto e 1 (5.0%) encontra-se divorciado, dos quais 11 (55.0%) encontram-se numa relação de intimidade/amorosa e 9 (45.0%) não se encontram numa relação de intimidade/amorosa.

Em relação à ocupação atual, dos 20 participantes, 2 (10.0%) são estudantes, 15 (75.0%) são trabalhadores, 1 (5.0%) é estudante-trabalhador e 2 (10.0%) encontram-se desempregados.

Em relação ao tipo de apresentação da PHDA, dos 20 participantes, 6 (30.0%) apresentam PHDA de apresentação predominantemente desatenta, 13 (65.0%) apresentam PHDA de apresentação combinada e 1 (5.0%) não identificou que tipo de apresentação da PHDA tem, dos quais 15 (75.0%) estão atualmente a tomar medicação para a PHDA e 5 (25.0%) não se encontram atualmente a tomar medicação para a PHDA.

Em relação ao diagnóstico adicional (em comorbilidade), dos 20 participantes, 9 (45.0%) responderam “sim” e 11 (55.0%) responderam “não”. Dos 9 participantes que responderam “sim”, 3 (15.0%) apresentam Ansiedade, 1 (5.0%) apresenta Burnout, 1 (5.0%) apresenta Depressão, 1 (5.0%) apresenta Depressão e Ansiedade, 1 (5.0%) apresenta Depressão, alguma Ansiedade e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e 1 (5.0%) apresenta Perturbação de Ansiedade Generalizada e Depressão.

Tabela 2

Correlações entre o nível da Autocompaixão (nível geral e dimensões: Autobondade, Autojulgamento, Humanidade Comum, Isolamento, Mindfulness e Sobreidentificação), com a sintomatologia psicopatológica (índice geral de sintomas- BSI) e a gravidade da sintomatologia de PHDA

Variável	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ASRS_total	20	67.80	8.13	—	-.486*	-.258	-.343	-.367	-.443+	-.398+	-.383+	.433+
2. SELFCS_total	20	2.41	.58		—							-.487*
3. SELFCS_Autobondade	20	2.35	.66			—						-.198
4. SELFCS_Autojulgamento	20	2.35	.79				—					-.479*
5. SELFCS_HumanidadeComum	20	2.53	.75					—				-.117
6. SELFCS_Isolamento	20	2.41	.95						—			-.611**
7. SELFCS_Mindfulness	20	2.61	.70							—		-.232
8. SELFCS_SobreIdentificação	20	2.24	.75								—	-.488*
9. BSI_total	20	1.30	.58									—

* $p < .05$. ** $p < .01$

r coeficiente de correlação significativa de Pearson

De forma a verificar a presença de correlações entre o nível e as dimensões da Autocompaixão e a gravidade da sintomatologia de PHDA, foram realizadas correlações entre as variáveis.

Primeiramente, pretendeu-se avaliar a relação entre o **nível de Autocompaixão** e a **sintomatologia psicopatológica** (BSI). Para isso foi realizada a análise de correlação entre as variáveis, utilizando-se os scores totais das mesmas. É importante salientar que as correlações com o BSI foram apenas para confirmar se poderia haver interferência dos níveis de psicopatologia nos resultados da Autocompaixão, e por isso testou-se as correlações e, em função disso, controlou-se essa variável, tendo sido apenas realizadas como “análises preliminares”.

No sentido de verificar se existe uma associação entre o **nível de autocompaixão** e a sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre o nível de autocompaixão (SELFCS score total) e os sintomas psicopatológicos (BSI score total) é de -0.487 , com uma probabilidade associada de $p = .029$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < .05$), que significa que maior autocompaixão está associada a menor sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), $r = -0.487$, $p = .029$.

Posteriormente, pretendeu-se avaliar a **relação entre as seis subescalas da Autocompaixão** (Autobondade, Autojulgamento, Humanidade Comum, Isolamento, *Mindfulness* e Sobreidentificação) e a **sintomatologia psicopatológica** (BSI). Para isso foram realizadas correlações entre as variáveis.

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **subescala autojulgamento** e a sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre a subescala autojulgamento (SELFCS_Autojulgamento) e os sintomas psicopatológicos (BSI score total) é de -0.479 , com uma probabilidade associada de $p = .033$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < .05$), que significa que maior autojulgamento está associado a menor sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), $r = -0.479$, $p = .033$.

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **subescala isolamento** e a sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre a subescala isolamento (SELFCS_Isolamento) e os sintomas psicopatológicos (BSI score total) é de -0.611 , com uma

probabilidade associada de $p = .004$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < .01$), que significa que maior isolamento está associado a menor sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), $r = -.611$, $p = .004$.

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **subescala sobreidentificação** e a sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre a subescala sobreidentificação (SELFCS_Sobreidentificação) e os sintomas psicopatológicos (BSI score total) é de $-.488$, com uma probabilidade associada de $p = .029$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < .05$), que significa que maior sobreidentificação está associada a menor sintomatologia psicopatológica (mal-estar psicológico), $r = -.488$, $p = .029$.

As correlações entre as restantes subescalas da autocompaixão (**autobondade**, **humanidade comum** e *mindfulness*) e a sintomatologia psicopatológica não se revelaram estatisticamente significativas ($p > .05$).

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **gravidade da sintomatologia de PHDA** e a **sintomatologia psicopatológica** (mal-estar psicológico), foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre a gravidade de sintomas de PHDA (ASRS score total) e os sintomas psicopatológicos (BSI score total) é de $.433$, com uma probabilidade associada de $p = .057$. Trata-se, pois, de uma correlação positiva marginalmente significativa ($p < .10$), em que maior sintomatologia psicopatológica está associada a maior gravidade dos sintomas da PHDA, $r = .433$, $p = .057$.

De seguida, pretendeu-se avaliar a relação entre o **nível de Autocompaixão** e a **gravidade da sintomatologia de PHDA**. Para isso foi realizada a análise de correlação entre as variáveis, utilizando-se os scores totais das mesmas.

No sentido de verificar se existe uma associação entre o **nível de autocompaixão** e a **gravidade da sintomatologia de PHDA**, foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre o nível de autocompaixão (SELFCS score total) e a gravidade de sintomas de PHDA (ASRS score total) é de $-.486$, com uma probabilidade associada de $p = .030$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < .05$). Essa associação é negativa e significa que maior autocompaixão está associada a menor gravidade da sintomatologia de PHDA, ou seja, pessoas que experienciem maior gravidade dos sintomas de PHDA tendem a experienciar menores níveis de autocompaixão, $r = -.486$, $p = .030$.

Por fim, pretendeu-se avaliar, também, a **relação entre as seis subescalas** da Autocompaixão (Autobondade, Autojulgamento, Humanidade Comum, Isolamento, *Mindfulness* e Sobreidentificação) e a **gravidade da sintomatologia de PHDA**. Para isso foram realizadas correlações entre as variáveis.

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **subescala isolamento** e a gravidade da sintomatologia de PHDA, foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre a subescala isolamento (SELFCS_Isolamento) e a gravidade de sintomas de PHDA (ASRS score total) é de $-.443$, com uma probabilidade associada de $p = .050$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa marginalmente significativa ($p < .10$), em que maior isolamento está associado a menor gravidade da sintomatologia de PHDA, $r = -.443$, $p = .050$.

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **subescala *mindfulness*** e a gravidade da sintomatologia de PHDA, foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre a subescala *mindfulness* (SELFCS_Mindfulness) e a gravidade de sintomas de PHDA (ASRS score total) é de $-.398$, com uma probabilidade associada de $p = .082$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa marginalmente significativa ($p < .10$), em que mais *mindfulness* traço está associado a menor gravidade da sintomatologia de PHDA, $r = -.398$, $p = .082$.

No sentido de verificar se existe uma associação entre a **subescala sobreidentificação** e a gravidade da sintomatologia de PHDA, foi realizada uma correlação de Pearson. Neste caso, a correlação encontrada entre sobreidentificação (SELFCS_Sobreidentificação) e a gravidade de sintomas de PHDA (ASRS score total) é de $-.383$, com uma probabilidade associada de $p = .096$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa marginalmente significativa ($p < .10$), em que maior sobreidentificação está associada a menor gravidade da sintomatologia de PHDA, $r = -.383$, $p = .096$.

As correlações entre as restantes subescalas da autocompaixão (**autobondade, autojulgamento e humanidade comum**) e a gravidade de sintomas de PHDA não se revelaram estatisticamente significativas ($p > .05$).

De forma a testar diferenças no nível geral de Autocompaixão (e nas suas dimensões) entre os tipos de apresentação da PHDA, entre participantes que tomam ou não medicação para a PHDA e entre participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional, recorreu-se ao teste T para amostras independentes. Caso exista a presença de correlações entre a Autocompaixão (e as suas dimensões) e a sintomatologia psicopatológica, é necessário controlar para o efeito o Índice Geral de Sintomas- BSI. Para isso, recorreu-se à análise de covariância (ANCOVA).

Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respetivas subescalas

De forma a testar diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da **autocompaixão**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .072$, ou seja, $p < .10$. Conclui-se que estamos perante diferenças de médias marginalmente significativas entre os dois grupos em comparação (apresentação desatenta versus apresentação combinada), sendo que as pessoas com apresentação combinada ($M = 2.40$) tendem a demonstrar mais autocompaixão, do que as pessoas com apresentação desatenta ($M = 2.36$). O efeito do tipo de apresentação da PHDA sobre a autocompaixão é marginalmente significativo, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(2,17) = 3,085; p = .072$).

Tabela 3

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Autobondade

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=13)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Autobondade	2.43	0.63	2.23	0.65	0.64 (17)	.530	0.64

Não foram observadas diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da **autobondade**, $t(17) = .64$, $p = .530$.

De forma a testar diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da **subescala autojulgamento**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .055$, ou seja, $p < .10$. Conclui-se que estamos perante diferenças de médias marginalmente significativas entre os

dois grupos em comparação (apresentação desatenta versus apresentação combinada), em que as pessoas com apresentação desatenta ($M = 2.43$) tendem a demonstrar mais autojulgamento, do que as pessoas com apresentação combinada ($M = 2.25$). Há, portanto, um efeito marginalmente significativo do tipo de apresentação da PHDA sobre o autojulgamento, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(2,17) = 3,465; p = .055$).

Tabela 4

Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Humanidade Comum

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=13)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Humanidade Comum	2.54	0.46	2.50	0.89	0.11 (17)	.916	0.79

Não se verificaram diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da **humanidade comum**, $t(17) = .11, p = .916$.

De forma a testar diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da **subescala isolamento**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .183$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (apresentação desatenta versus apresentação combinada). Não há diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível do isolamento. A ANCOVA revelou que há efeito da covariável sintomatologia psicopatológica sobre o isolamento ($F(1,16) = 11,470; p < .01$). No entanto, não há efeito do tipo de apresentação da PHDA sobre o isolamento, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(2,16) = 0,756; p > .05$).

Tabela 5*Diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da subescala Mindfulness*

	Apresentação desatenta (n=6)		Apresentação combinada (n=13)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<i>Mindfulness</i>	2.46	0.56	2.65	0.79	-0.55 (17)	.593	0.73

Também não se verificaram diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da **dimensão *mindfulness***, $t(17) = -.55$, $p = .593$.

De forma a testar diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da **subescala sobreidentificação**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .194$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação (apresentação desatenta versus apresentação combinada). Não há diferenças significativas entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada ao nível da sobreidentificação. A ANCOVA revelou que há efeito da covariável sintomatologia psicopatológica sobre a sobreidentificação ($F(1,16) = 6,308$; $p < .05$). No entanto, não há efeito do tipo de apresentação da PHDA sobre a sobreidentificação, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(2,16) = 0,933$; $p > .05$).

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respetivas subescalas

De forma a testar diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da **autocompaixão**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .687$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Não há diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível da autocompaixão. A ANCOVA revelou que não há efeito da covariável sintomatologia psicopatológica sobre a autocompaixão ($F(1,17) = 3,526$; $p > .05$). Além disso, não há efeito da toma de medicação

para a PHDA sobre a autocompaixão, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,17) = 2,127; p > .05$).

Tabela 6

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da subescala Autobondade

	Não (n=5)		Sim (n=15)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Autobondade	2.60	0.68	2.27	0.66	0.98 (18)	.343	0.66

Não foram observadas diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível da **autobondade**, $t(18) = .98, p = .343$.

De forma a testar diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da **subescala autojulgamento**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .025$, ou seja, $p < .05$. Conclui-se que estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Existem diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível do autojulgamento, ou seja, as pessoas que atualmente não estão a tomar medicação para a PHDA ($M = 2.80$) tendem a demonstrar mais autojulgamento, do que as pessoas que atualmente se encontram a tomar medicação para a PHDA ($M = 2.20$). Há um efeito significativo da toma de medicação para a PHDA sobre o autojulgamento, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 5,964; p = .025$).

Tabela 7

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da subescala Humanidade Comum

	Não (n=5)		Sim (n=15)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Humanidade Comum	3.10	0.38	2.33	0.75	2.17 (18)	.043	0.68

Verificaram-se diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível da **humanidade comum**, $t(18) = 2.17$, $p = .043$. Os participantes que atualmente não estão a tomar medicação para a PHDA apresentam mais humanidade comum do que os participantes que atualmente se encontram a tomar medicação para a PHDA.

De forma a testar diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da **subescala isolamento**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .233$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Não há diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível do isolamento, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 1,523$; $p > .05$).

Tabela 8

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da subescala Mindfulness

	Não (n=5)		Sim (n=15)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Mindfulness	3.05	0.57	2.47	0.69	1.69 (18)	.108	0.67

Não se verificaram diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível do *mindfulness*, $t(18) = 1.69, p = .108$.

De forma a testar diferenças entre a toma ou não de medicação para a PHDA ao nível da subescala **sobreidentificação**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .328$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Não há diferenças significativas entre os participantes que tomam medicação para a PHDA e os participantes que não tomam medicação ao nível da sobreidentificação, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 1,010; p > .05$).

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da escala de autocompaixão e respetivas subescalas

De forma a testar diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional ao nível da **autocompaixão**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .002$, ou seja, $p < .01$. Conclui-se que estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Existem diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da autocompaixão, ou seja, as pessoas que não apresentam diagnóstico adicional ($M = 2.45$) tendem a demonstrar mais autocompaixão, do que as pessoas que apresentam diagnóstico adicional ($M = 2.37$). Há, portanto, um efeito significativo do diagnóstico adicional sobre a autocompaixão, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 13,253; p = .002$).

Tabela 9

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Autobondade

	Não (n=11)		Sim (n=9)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Autobondade	2.36	0.74	2.33	0.60	0.10 (18)	.922	0.68

Não foram observadas diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da **autobondade**, $t(18) = .10, p = .922$.

De forma a testar diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional ao nível da **subescala autojulgamento**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .328$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Não há diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível do autojulgamento, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 1,009; p > .05$).

Tabela 10

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Humanidade Comum

	Não (n=11)		Sim (n=9)		$t(gl)$	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP			
Humanidade Comum	2.52	0.54	2.53	0.98	-0.02 (18)	.988	0.77

Não se verificaram diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da **humanidade comum**, $t(18) = -.02, p = .988$.

De forma a testar diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional ao nível da **subescala isolamento**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .690$, ou seja, $p > .05$. Conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação. Não há diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível do isolamento, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 0,165; p > .05$).

Tabela 11

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da subescala Mindfulness

	Não (n=11)		Sim (n=9)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
<i>Mindfulness</i>	2.50	0.64	2.75	0.78	-0.79 (18)	.442	0.71

Também não se verificaram diferenças significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível do *mindfulness*, $t(18) = -.79$, $p = .442$.

De forma a testar diferenças entre a presença ou não de diagnóstico adicional ao nível da **subescala sobreidentificação**, controlando a sintomatologia psicopatológica (BSI) foi feita uma ANCOVA, utilizando o BSI como covariável. Neste caso, o valor de $p = .066$, ou seja, $p < .10$. Conclui-se que estamos perante diferenças de médias marginalmente significativas entre os dois grupos em comparação. Existem diferenças marginalmente significativas entre os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional ao nível da sobreidentificação, ou seja, as pessoas que não apresentam diagnóstico adicional ($M = 2.27$) tendem a demonstrar mais sobreidentificação, do que as pessoas que apresentam diagnóstico adicional ($M = 2.19$). Há, portanto, um efeito marginalmente significativo do diagnóstico adicional sobre a sobreidentificação, após o controlo para o efeito da sintomatologia psicopatológica ($F(1,18) = 3,840$; $p = .066$).

Discussão

O presente estudo tem como objetivo principal estudar se existem relações entre o nível e as dimensões da autocompaixão e a gravidade da sintomatologia de PHDA, numa amostra de adultos com diagnóstico estabelecido de PHDA.

Correlação entre o nível de autocompaixão e a gravidade da sintomatologia de PHDA

Os resultados obtidos sugerem que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a autocompaixão e a gravidade da sintomatologia de PHDA, onde pontuações mais altas na autocompaixão indicam menor gravidade da sintomatologia de PHDA. Estes dados corroboram a literatura, que defende que níveis mais baixos de autocompaixão não são isolados para pessoas com diagnóstico de PHDA, mas se estendem àqueles com altos traços da perturbação, o que sugere que a autocompaixão é um correlato dos sintomas da PHDA e não do diagnóstico. Por isso, pessoas com altos traços de PHDA são significativamente menos autocompassivas. Este resultado deve-se ao facto de as pessoas com PHDA, por serem sistematicamente criticadas ao longo da vida, tendam a internalizar um discurso de autocrítica e em consequência menos autocompassivo (Beaton et al., 2020), uma vez que, adultos com PHDA geralmente demonstram fortes sentimentos de incompetência, insegurança e ineficácia, e muitos desses indivíduos vivem com uma sensação crónica de insucesso e frustração (Barkley et al., 2006). A literatura diz-nos também que a autocompaixão pode ser particularmente importante para a saúde mental de adultos com PHDA (Geurts et al., 2020). A autocompaixão assume um papel potencial para o bem-estar e o mal-estar de adultos com PHDA, tornando-se um objetivo importante que pode informar intervenções direcionadas para melhorar a saúde mental nesta população (Beaton et al., 2022). Como já foi referido anteriormente na introdução, pesquisas emergentes indicam que a autocompaixão é significativamente menor em pessoas com PHDA e que a autocompaixão está negativamente associada com os sintomas da perturbação (Beaton et al., 2022). Beaton et al. (2020) compararam os níveis de autocompaixão entre adultos com e sem PHDA e descobriram que adultos com altos traços de PHDA tinham níveis significativamente mais baixos de autocompaixão, independentemente das suas características, o que nos mostra que pessoas que tenham menos autocompaixão vão apresentar uma maior gravidade dos sintomas de PHDA, validando, assim, a correlação que existe entre estas duas variáveis. E, portanto, os autores mostraram com o seu estudo, uma associação negativa entre o diagnóstico de PHDA e níveis de autocompaixão (Beaton et al., 2020). Um estudo recente que investigou o efeito da Terapia

Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) em adultos com PHDA relatou que as melhorias no bem-estar foram explicadas pelo aumento da autocompaixão (Geurts et al., 2020), o que sugere que uma intervenção que potencie os níveis de autocompaixão do indivíduo, permite ganhos ao nível do bem-estar e a redução da sintomatologia da perturbação. Os resultados de Geurts et al. (2020) sugerem, por isso, que a autocompaixão pode ser um fator crucial no bem-estar geral de adultos com PHDA. Uma vez que a PHDA é uma doença crónica, pois para além de se acentuar na infância e na idade escolar, a doença pode-se prolongar para a idade adulta, tornando-se crónica (American Psychiatric Association, 2014), e há evidências que mostraram os benefícios da autocompaixão no contexto de doenças físicas crónicas, particularmente na saúde mental e física. O desenvolvimento da autocompaixão parece, portanto, ser um importante objetivo terapêutico a ser considerado ao intervir em populações de pacientes crónicos (Sirois & Rowse, 2016). Com isto e a par com a literatura, os resultados do presente estudo permitem concluir que a sintomatologia da PHDA está negativamente associada à autocompaixão, uma vez que, se as pessoas forem menos compassivas e focarem-se maioritariamente nas componentes negativas, a severidade dos sintomas será maior, pelo contrário, caso demonstrem mais autocompaixão, os sintomas da PHDA serão menos severos.

Perante os resultados, é possível constatar que não há uma correlação estatisticamente significativa entre a subescala autobondade e a gravidade da sintomatologia de PHDA. Não existem dados na literatura quanto a esta correlação, pois nenhum estudo fez esta correlação entre gravidade da sintomatologia e níveis de autobondade, o que fizeram foi comparar indivíduos com e sem PHDA ao nível da autobondade. Com isto, a literatura defende que, semelhante a outras perturbações crónicas, os adultos que sofrem de PHDA correm o risco de desenvolver resultados negativos na vida, ou seja, terem mais experiências negativas/experiências com desfechos negativos ao longo da sua vida e, dessa forma, exibem baixa autobondade, para além de maus relacionamentos interpessoais, bem como insucesso académico ou laboral (Rösler et al., 2006). Beaton et al. (2022) revelaram com o seu estudo que adultos com diagnóstico de PHDA estabelecido apresentam níveis mais baixos de autocompaixão, que explicam parcialmente os níveis mais altos de mal-estar (depressão, ansiedade e *stress*) e níveis mais baixos de bem-estar (bem-estar psicológico, emocional e social). Logo, se os níveis de autocompaixão são baixos, consequentemente, espera-se que a autobondade, a humanidade comum e o *mindfulness*, que são as componentes positivas da autocompaixão, vão estar comprometidas e os valores serão igualmente baixos, em pessoas com esta psicopatologia. Com isto, se uma pessoa com PHDA for bondosa e gentil consigo

mesma em casos de dor ou fracasso, compreensiva e paciente em relação às suas dificuldades e aspetos da sua personalidade de que não gosta, em vez de ser duramente autocrítica (Neff, 2003), a sintomatologia da perturbação será menos grave. Segundo Stallman et al. (2017), a autobondade, o apoio social e estar presente contribuíram para prever o sofrimento, de qualquer psicopatologia ou perturbação e que os indivíduos que se tratam de forma bondosa e gentil têm menos probabilidade de sentir sofrimento. Beaton et al. (2020) revelaram com o seu estudo que participantes do grupo PHDA pontuaram mais baixo em questões relacionadas à autobondade. Também testaram diferenças nas facetas individuais da autocompaixão, no sentido de se perceber quais são os atributos específicos que contribuem para a baixa autocompaixão em pessoas com PHDA. Chegou-se à conclusão de que a autobondade, pertencendo às componentes positivas da autocompaixão, não contribui para a baixa autocompaixão, pelo contrário. Indivíduos com PHDA são mais propensos a cometer erros, como chegar atrasado, esquecer-se ou mostrar-se desajeitado e são tipicamente mais reativos emocionalmente às situações. Se os cuidadores ou colegas frequentemente reagem a esses erros e reações emocionais com compreensão e bondade, as pessoas com PHDA vão-se relacionar consigo mesmas da mesma maneira quando cometem erros (Beaton et al., 2020). Ou seja, aqueles que são tratados com bondade pelos outros, tornam-se bondosos consigo mesmos e podem optar pela autobondade como estilo de pensamento, em vez da autocrítica, quando confrontados com a adversidade, uma vez que, o apoio social recebido contribui para a autobondade, logo, a experiência de uma pessoa ao receber apoio e bondade de outros, seja na sua rede social ou familiar fornece um modelo positivo para cuidar de si mesma (Stallman et al., 2017). É possível que ausência de correlação significativa se deva também ao facto de a amostra ser pequena, o que não permite muita variabilidade dos resultados individuais de cada participante, podendo condicionar a obtenção de um padrão de correlação significativo.

Os resultados não mostraram uma correlação estatisticamente significativa entre a subescala autojulgamento e a gravidade da sintomatologia de PHDA. Estes dados não corroboram a literatura, que nos diz que o baixo autoconceito e a baixa autoestima são características secundárias comuns de adultos com PHDA, que como já foi referido, são frequentemente resultantes de experiências educacionais problemáticas e dificuldades interpessoais (Barkley et al., 2006). Adultos com PHDA geralmente têm fortes sentimentos de incompetência, insegurança e ineficácia, e muitos desses indivíduos vivem com uma sensação crónica de insucesso e frustração (Barkley et al., 2006). Beaton et al. (2020) testaram diferenças nas facetas individuais da autocompaixão, no sentido de se perceber quais são os atributos

específicos que contribuem para a baixa autocompaixão em pessoas com PHDA. Chegou-se à conclusão de que o autojulgamento, pertencendo às componentes negativas da autocompaixão, contribui para a baixa autocompaixão. As pontuações altas no autojulgamento destacam que as pessoas com PHDA são mais negativas em relação a si mesmas, havendo uma maior probabilidade de serem menos tolerantes e mais críticas em relação às suas próprias falhas e fracassos (“Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações” (Castilho et al., 2015)). Isso pode ser uma consequência das pessoas com PHDA geralmente experienciarem com mais frequência, dificuldades ou falhas no seu dia a dia e o aumento das críticas, por parte do próprio e pelos outros, a que as pessoas com esta perturbação tendem a ser alvo. As pessoas com a perturbação relataram que observaram altos níveis de crítica por parte dos outros, o que foi significativamente maior do que o nível de crítica que as pessoas sem PHDA perceberam por parte dos outros (Beaton et al., 2020). O estudo revelou também que pessoas que têm traços mais altos da perturbação, tendem a sentir mais crítica por parte das outras pessoas, o que contribui para diminuir a autocompaixão. Indivíduos com PHDA são mais propensos a cometer erros, como chegar atrasado, esquecer-se ou mostrar-se desajeitado e são tipicamente mais reativos emocionalmente às situações. Se os cuidadores ou colegas frequentemente reagem a esses erros e reações emocionais com julgamento, crítica e hostilidade, as pessoas com PHDA vão-se relacionar consigo mesmas da mesma maneira quando cometem erros (Beaton et al., 2020). É importante mencionar que a ausência de correlação pode ter que ver com a pouca variabilidade na nossa amostra, que decorre do facto de ser uma amostra pequena.

Os dados indicam que o nível de humanidade comum não está correlacionado com a gravidade da sintomatologia de PHDA, no entanto, estudos indicam-nos o contrário. Beaton et al. (2020) revelaram que os participantes do grupo PHDA pontuaram mais baixo em questões relacionadas à humanidade comum. Os autores testaram diferenças nas facetas individuais da autocompaixão e chegaram à conclusão de que a humanidade comum, pertencendo às componentes positivas da autocompaixão, não contribui para a baixa autocompaixão, pelo contrário, e que, por isso, pontuações baixas em humanidade comum indicam que as pessoas com PHDA sentem-se mais afastadas da humanidade, em comparação com pessoas sem PHDA (Beaton et al., 2020). Durante tempos difíceis, as pessoas com PHDA podem ser menos propensas a acreditar que as suas inadequações e sofrimento fazem parte do ser humano e da condição humana e, posteriormente, compartilhados por outras pessoas. Sujeitos com PHDA sentem-se diferentes das outras pessoas de maneira negativa (Beaton et al., 2020). Essas

evidências sugerem que as pessoas com a perturbação estão cientes de como o seu comportamento difere do dos outros e que isso se estende a como eles se relacionam consigo mesmos, mostrando menos compaixão durante os momentos difíceis. Em vez de tentarem ver os seus erros e falhas como parte da condição humana, tendem a ver isso como algo negativo que os diferencia/distancia das restantes pessoas (Neff, 2003). O facto de não haver correlação pode ser explicado, novamente, pela dimensão reduzida da amostra.

Os resultados mostraram que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a subescala isolamento e a gravidade da sintomatologia de PHDA, onde pontuações mais altas no isolamento indicam menor gravidade dos sintomas de PHDA. Estes dados corroboram a literatura, que refere que apesar do isolamento ser visto como algo negativo e estar associado à tristeza, em casos de pessoas com PHDA, o isolamento é identificado como sendo uma das principais estratégias utilizadas para lidar com os sintomas da perturbação, sendo muito relevante para estas e que parecendo um pouco contraditório, as pessoas que têm PHDA revelam que esta estratégia ajuda para controlar os sintomas, sobretudo relacionados com a hiperatividade e impulsividade, uma vez que, ao ficarem isolados dos outros, estes sintomas tornam-se menos perceptíveis, não causando tanta disfuncionalidade no dia-a-dia (Ferreira, 2017). Contudo, há outra perspetiva, que já não valida esta correlação. Segundo a literatura e estudos já existentes, o isolamento, pertencendo às componentes negativas da autocompaixão, contribui para a baixa autocompaixão em pessoas com PHDA. Para além disso, pontuações altas em isolamento indicam que as pessoas com PHDA têm mais probabilidade de se sentirem sozinhas perante as suas experiências negativas, por exemplo, quando falham em coisas importantes na sua vida e quando pensam nas suas inadequações, estas tendem a fazê-las sentir mais separadas e isoladas do resto do mundo, acreditando que outras pessoas têm vidas mais fáceis e felizes. E, por isso, sentem-se diferentes das outras pessoas de maneira negativa, estando cientes de como o seu comportamento mostra menos compaixão durante os momentos difíceis (Beaton et al., 2020).

Os resultados mostraram que há, igualmente, uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a subescala *mindfulness* e a gravidade da sintomatologia de PHDA, onde pontuações mais altas no *mindfulness* indicam menor gravidade dos sintomas de PHDA. Logo, níveis mais elevados da faceta de *mindfulness* está associada a menor gravidade da sintomatologia de PHDA, o que vai de encontro ao que a literatura defende. Através das diferenças nas facetas individuais da autocompaixão, no sentido de se perceber quais são os atributos específicos que contribuem para a baixa autocompaixão, o *mindfulness*,

pertencendo às componentes positivas da autocompaixão, não contribui para a baixa autocompaixão em pessoas com PHDA, pelo contrário (Beaton et al., 2020). Um estudo sobre a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) aplicada para o adulto com PHDA, durante o período de acompanhamento de 6 meses, mostrou que o *mindfulness*, enquanto prática que permite aumentar esta faceta, é eficaz na redução dos principais sintomas da PHDA. Além disso, a MBCT resultou numa redução significativa dos sintomas auto-relatados de PHDA e melhorias nas habilidades de atenção plena (*mindfulness*), autocompaixão e saúde mental positiva no pós-tratamento (Janssen et al., 2018). Segundo Vorontsova-Wenger et al. (2020), as fortes habilidades de *mindfulness*, ou seja, de estar atento ao momento presente, permitem também a redução de sintomas psicopatológicos prejudiciais (como a depressão, a ansiedade ou o *stress*) e ainda os resultados do estudo de Matos-Pina et al. (2022) demonstram igualmente que as facetas da atenção plena/*mindfulness*, como assumir uma postura consciente e equilibrada do sofrimento pessoal e das experiências emocionais difíceis, aliviam os sintomas depressivos, a ansiedade ou o *stress* que a pessoa possa estar a presenciar e que podem surgir devido à gravidade dos sintomas da PHDA, daí a importância desta prática para esta perturbação, de forma a que os sintomas da mesma não desencadeiem outras perturbações, que possam ser comuns em indivíduos com PHDA, como perturbações de ansiedade, perturbação de depressão major, perturbação de personalidade antissocial ou comportamentos desviantes, nomeadamente de consumo de drogas e álcool (Biederman et al., 1993). Está comprovado que três em cada quatro adultos com PHDA apresentam altas taxas de comorbidades psicopatológicas (Biederman et al., 1993), sendo que na nossa amostra, dos vinte participantes, nove apresentam diagnóstico adicional, como ansiedade, depressão, burnout e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). E por isso, é que é tão importante que as pessoas com PHDA tenham uma visão equilibrada e *mindful* da situação, sempre que lhes acontece alguma coisa dolorosa (Neff, 2003).

Finalizando a análise das correlações, os resultados mostraram que há, também, uma correlação estatisticamente significativa negativa moderada entre a subescala sobreidentificação e a gravidade da sintomatologia de PHDA, onde pontuações mais altas na sobreidentificação indicam menor gravidade dos sintomas de PHDA. Logo, maior sobreidentificação está associada a menor gravidade da sintomatologia de PHDA. Primeiramente, a sobreidentificação, pertencendo às componentes negativas da autocompaixão, contribui para a baixa autocompaixão em pessoas com PHDA (Beaton et al., 2020). Segundo os autores, as pontuações altas na subescala sobreidentificação destacam que

as pessoas com PHDA são mais negativas em relação a si mesmas, ou seja, pessoas com diagnóstico de PHDA estabelecido apresentam uma maior probabilidade de se focarem e serem consumidas por pensamentos, emoções e experiências negativas (Beaton et al., 2020). No geral, as pessoas com psicopatologia são mais negativas em relação a si mesmas e por isso têm maior sobreidentificação (“Quando me sinto em baixo, costumo ficar obcecado e foco em tudo o que está errado” (Castilho et al., 2015)). Isso pode ser uma consequência das pessoas com PHDA geralmente experienciarem com mais frequência, dificuldades ou falhas no seu dia a dia (Kessler et al., 2006) (“Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos” e “Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância” (Castilho et al., 2015)). O facto de se focarem demasiado só nas coisas negativas pode-se dever, também, ao aumento das críticas que as pessoas com esta perturbação tendem a ser alvo (Beaton et al., 2020). Adultos com PHDA geralmente têm fortes sentimentos de incompetência, insegurança e ineficácia, e muitos desses indivíduos vivem com uma sensação crónica de insucesso e frustração (Barkley et al., 2006), pois no pensamento de uma pessoa com diagnóstico de PHDA, falhar em coisas importantes, que tenham significado para ela é muito mau, logo, conseqüentemente, vai-se martirizar com sentimentos de inadequação (Castilho et al., 2015), em vez de normalizar e encarar as falhas como parte do ser humano, sendo que numa próxima vez poderá melhorar. No entanto, atendendo à natureza dos sintomas da PHDA e à amostra do presente estudo, as pessoas com menor desatenção, menos hiperatividade e menos impulsividade (ou seja, menos gravidade dos sintomas) são, de facto, mais capazes de identificarem os acontecimentos negativos, situações em que falharam, etc. Quando há muita desatenção e hiperatividade elas têm dificuldade em fazer essa identificação, porque os sintomas impedem isso, por isso é que na amostra deste estudo aqueles que têm menos sintomatologia têm mais capacidade de identificarem os acontecimentos negativos. Se houver muita desatenção, esta irá impedi-los de fazerem identificação.

Um dos pontos complementares desta investigação foi a análise de diferenças dos instrumentos, comparando sempre dois grupos em estudo ao nível da autocompaixão e das respetivas subescalas.

Diferenças entre a apresentação desatenta e a apresentação combinada da PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respetivas subescalas

Ao compararmos a apresentação desatenta e a apresentação combinada, verificamos que foram encontradas diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação

ao nível da autocompaixão e do autojulgamento, sendo que os participantes com apresentação combinada pontuaram mais alto na autocompaixão ($M = 2.40$, $DP = .64$), em comparação com os participantes com apresentação desatenta, que pontuaram mais baixo ($M = 2.36$, $DP = .51$). E os participantes que apresentam apresentação desatenta pontuaram mais alto no autojulgamento ($M = 2.43$, $DP = .78$), em comparação com os participantes com apresentação combinada, que pontuaram mais baixo ($M = 2.25$, $DP = .80$). Quanto às restantes subescalas, não se verificaram diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível das subescalas autobondade, humanidade comum, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação. No entanto, através das médias, podemos perceber que os participantes que apresentam apresentação desatenta tiveram uma pontuação média mais elevada nas subescalas autobondade e humanidade comum ($M = 2.43$, $DP = .63$ e $M = 2.54$, $DP = .46$), em comparação com os participantes que apresentam apresentação combinada, que pontuaram mais baixo. Em contrapartida, os participantes que apresentam apresentação combinada tiveram uma pontuação média mais elevada nas subescalas isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação ($M = 2.50$, $DP = 1.04$; $M = 2.65$, $DP = .79$ e $M = 2.29$, $DP = .87$), em comparação com os participantes que apresentam apresentação desatenta. Apesar de a maioria das diferenças não serem significativas, o que pode ser explicado pela reduzida dimensão amostral, a análise das médias pode ser indicadora de uma tendência dos resultados, concluindo assim que, adultos com PHDA de apresentação predominantemente desatenta tendem a apresentar mais autobondade, autojulgamento e humanidade comum. Esta tendência pode-se dever ao facto de as pessoas que se distraem e desconcentram facilmente ou se esquecem das coisas, tentarem arranjar mais estratégias para que esses sintomas minimizem. Também é possível que o facto de a apresentação desatenta ser menos visível para o outro em termos de apresentação sintomática, faz com que estes indivíduos passem mais despercebidos e por isso não recebam tantas críticas negativas por parte do outro, do que os indivíduos com características hiperativas e impulsivas, que tradicionalmente causam mais disrupção nos contextos. No entanto, o não receberem tantas críticas por parte dos outros pode abrir espaço a maior julgamento e crítica dirigida ao próprio. No caso dos indivíduos com apresentação desatenta, apesar de se puderem autojulgar ou criticar os seus comportamentos e de receberem mais críticas por parte dos outros, tendem a ser mais bondosos e compreensivos perante os seus erros, ou seja, mais autocompassivos. As pessoas com apresentação desatenta da perturbação relataram que gostam mais e preferem fazer atividades em grupo e estarem rodeadas de outras pessoas, pois “são mais cabeças a pensar” (Ferreira, 2017), daí demonstrarem mais humanidade comum. E adultos com PHDA de apresentação combinada tendem a apresentar mais autocompaixão, isolamento,

mindfulness e sobreidentificação, talvez devido aos sintomas de hiperatividade e impulsividade, pois apresentam mais facilmente comportamentos impulsivos, e podem utilizar o isolamento e o *mindfulness* como estratégias para aliviar os sintomas. Comparando com a literatura, não há evidências de estudos que tenham testado diferenças entre os tipos de apresentação da PHDA ao nível da autocompaixão e subescalas.

Diferenças entre os participantes que tomam ou não medicação para a PHDA ao nível da escala de autocompaixão e respetivas subescalas

Ao compararmos os participantes que estão atualmente a tomar medicação para a PHDA e os participantes que não se encontram a tomar medicação, verificamos que foram encontradas diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível do autojulgamento e humanidade comum, sendo que os participantes que não tomam medicação para a PHDA pontuaram mais alto no autojulgamento e na humanidade comum ($M = 2.80$, $DP = 1.17$ e $M = 3.10$, $DP = .38$), em comparação com os participantes que tomam medicação para a PHDA, que pontuaram mais baixo ($M = 2.20$, $DP = .60$ e $M = 2.33$, $DP = .75$). É importante mencionar que nem todos os pacientes estão dispostos a tomar medicação, porque desejam viver sem ela (Matheson et al., 2013). Um estudo qualitativo em pacientes adultos com PHDA mostrou que, embora a medicação fosse percebida como necessária pela maioria, muitos deles achavam que a medicação por si só era insuficiente e desejavam terapia psicossocial adicional (Matheson et al., 2013). Consequentemente, tratamentos psicossociais são necessários além ou como uma alternativa ao tratamento farmacológico, tratamentos esses, que se foquem no alívio dos sintomas da PHDA e na forma como lidar com os mesmos e com as implicações funcionais que estes poderão trazer. Desta forma, as pessoas acreditam que os tratamentos não farmacológicos poderão ajudar tanto ou mais que os tratamentos farmacológicos (Janssen et al., 2018). Há duas perspetivas em torno do uso da medicação, uma vez que, alguns pacientes consideraram o uso da medicação para a PHDA como um facilitador, enquanto outros mencionaram que a troca de medicação prejudicou o seu funcionamento ao longo do tratamento (Janssen et al., 2018). Por isso, os dados do presente estudo, em parte, fazem sentido. Apesar de a nossa amostra ser composta por uma maioria que se encontra a tomar medicação para a PHDA, essa mesma maioria apresenta níveis mais baixos de humanidade comum. São os participantes que não tomam medicação para a PHDA que pontuam mais alto nesta subescala. Esses valores elevados podem dever-se à eficiência da intervenção cognitivo-comportamental, ou seja, o que pode estar a acontecer é que as pessoas que não estão a tomar medicação estejam a ser acompanhadas em intervenções

psicoterapêuticas que lhes permitam melhores resultados ao nível da humanidade comum, uma vez que, a psicoterapia implica sempre um processo de psicoeducação, que de alguma forma ajuda a “normalizar” a experiência do indivíduo. Estes mesmos participantes, que não tomam medicação, pontuaram também mais alto no autojulgamento, o que nos permite aferir que por outro lado, a intervenção psicoterapêutica implica também um processo reflexivo muito profundo por parte do cliente, o que pode justificar maiores níveis de autojulgamento, inerentes ao próprio processo.

Diferenças entre os participantes que apresentam ou não diagnóstico adicional ao nível da escala de autocompaixão e respetivas subescalas

Ao compararmos os participantes que apresentam diagnóstico adicional e os participantes que não apresentam diagnóstico adicional, verificamos que foram encontradas diferenças de médias significativas entre os dois grupos em comparação ao nível da autocompaixão e sobreidentificação, sendo que os participantes que não apresentam diagnóstico adicional pontuaram mais alto na autocompaixão e na sobreidentificação ($M = 2.45$, $DP = .38$ e $M = 2.27$, $DP = .39$), em comparação com os participantes que apresentam diagnóstico adicional, que pontuaram mais baixo ($M = 2.37$, $DP = .79$ e $M = 2.19$, $DP = 1.07$). As pontuações mais elevadas dos indivíduos que não apresentam comorbilidades na autocompaixão corroboram a literatura, que defende que a autocompaixão é um traço que influencia a saúde psicológica (Beaton et al., 2022), tendo um efeito autoprotetor das dificuldades de saúde mental e do desenvolvimento e manutenção da psicopatologia, uma vez que diminui as reações negativas a acontecimentos adversos (Neff, 2003). Neste sentido, indivíduos mais compassivos têm uma atitude mais tolerante e compreensiva em relação ao eu, um importante preditor em patologias como a depressão e a ansiedade, promovendo, assim, o bem-estar mental e níveis reduzidos de psicopatologia (Beaton et al., 2022). A autocompaixão está relacionada ao bem-estar psicológico, sendo que indivíduos com níveis mais altos de autocompaixão geralmente apresentam níveis mais baixos de sintomas psicopatológicos (Gilbert, 2010), o que vai de encontro aos resultados deste estudo, fazendo sentido que as pessoas que demonstram mais autocompaixão são aquelas que não apresentam um diagnóstico adicional. Também faz sentido que as pessoas que apresentam comorbilidade com um diagnóstico adicional demonstrem menos autocompaixão, pois sintomas psicopatológicos, como níveis de depressão e ansiedade aumentam naqueles com níveis mais baixos de autocompaixão (Beaton et al., 2022). Já as pontuações elevadas na sobreidentificação podem dever-se ao foco nos erros e nos aspetos negativos relacionados com a PHDA. Já que as pessoas

não apresentam outro diagnóstico, focam-se mais nos sintomas do diagnóstico presente. Contudo estes dados não corroboram a literatura, que nos diz que ser duramente crítico consigo mesmo em momentos de sofrimento parece aumentar a depressão e, portanto, pode levar à diminuição da saúde psicológica e à existência de comorbilidade (diagnóstico adicional). Na verdade, a sobreidentificação com os pensamentos e sentimentos negativos prediz os sintomas depressivos, tanto nos homens como nas mulheres, causando sofrimento nos indivíduos (Castilho et al., 2015). Como a PHDA está associada a maus resultados acadêmicos, relacionamentos prejudicados e aumento do estigma, crítica e rejeição, aumenta a probabilidade de um diagnóstico adicional, como a depressão (Powell et al., 2021), por isso adultos com PHDA que apresentem maiores níveis de sobreidentificação terão mais tendência para apresentar comorbilidade, o que não é demonstrado no presente estudo, que refere o contrário.

Conclusão

Como já foi mencionado na introdução, a PHDA é uma perturbação, na qual os sintomas começam a surgir na infância e que se não forem tratados e controlados nessa altura, estes poderão prolongar-se até à idade adulta, afetando e condicionando o dia a dia das pessoas, causando sofrimento. Daí a importância deste estudo, o facto de se ter focado apenas em adultos, tornou-se relevante, uma vez que há a ideia de que a PHDA é uma perturbação da infância, no entanto, esta também existe na idade adulta e este estudo comprova isso mesmo. Assim sendo, foi importante estudar a relação da severidade dos sintomas de PHDA com os níveis de autocompaixão em adultos com o diagnóstico estabelecido.

Existem estudos, até recentes, que já tenham estudado a PHDA na idade adulta, sobretudo em estudantes universitários, no entanto, não há nenhum que tenha analisado a gravidade dos sintomas da perturbação e o impacto que isso tem. O que fizeram foi comparar grupos com PHDA e sem PHDA, ou seja, comparar a amostra clínica com a amostra não clínica, não se focaram, por exemplo, no tipo de apresentação, na gravidade dos sintomas ou noutras componentes essenciais para se entender o desenvolvimento da perturbação. Este estudo pretendeu dar enfoque à gravidade dos sintomas da PHDA e a sua relação com os níveis de autocompaixão, como a autobondade, o autojulgamento, a humanidade comum, o isolamento, o *mindfulness* e a sobreidentificação. Para além disso, os níveis de autocompaixão foram também analisados com outras variáveis, como o tipo de apresentação da PHDA (apresentação desatenta e combinada), a toma ou não de medicação para o efeito, a presença ou não de diagnóstico adicional, funcionando como comorbilidade, tendo sido importante para se perceber as diferenças entre os grupos ao nível da autocompaixão e das respetivas subescalas. Assim sendo, os resultados do estudo revelaram que adultos com PHDA de apresentação predominantemente desatenta tendem a demonstrar mais autojulgamento. Já adultos com PHDA de apresentação combinada tendem a demonstrar mais autocompaixão. Adultos que atualmente não estão a tomar medicação para a PHDA tendem a demonstrar mais autojulgamento e humanidade comum, do que adultos que se encontram atualmente a tomar medicação para a PHDA. Por fim, adultos com PHDA que não apresentam diagnóstico adicional tendem a demonstrar mais autocompaixão e mais sobreidentificação, do que adultos com PHDA que apresentam diagnóstico adicional.

Ao concluirmos esta dissertação, compreendemos que existe uma associação negativa entre a gravidade da sintomatologia de PHDA, o nível de autocompaixão, o isolamento e o

mindfulness na amostra clínica. Ou seja, o estudo demonstrou que ter mais autocompaixão parece ajudar a minimizar a severidade dos sintomas da PHDA, embora não tenha sido testada uma relação de causa-efeito. Maiores níveis de autocompaixão em adultos com PHDA contribuem para amenizar e lidar melhor com os sintomas, sendo um ponto crucial para o bem-estar destas pessoas. O estudo demonstrou também que o maior isolamento associa-se a uma menor gravidade dos sintomas, por isso talvez possa ser visto como um fator protetor e minimizante da perturbação. O estudo demonstrou ainda que maiores níveis de atenção plena/*mindfulness* estão associados significativamente aos principais sintomas da PHDA, resultando em melhorias na autocompaixão e na saúde mental positiva, uma vez que a correlação mostrou que valores mais elevados na faceta de *mindfulness* está associada a menor gravidade dos sintomas da PHDA. A autocompaixão revelou poder atuar como um fator protetor, quando analisada com a gravidade da sintomatologia da PHDA e até com a sintomatologia psicopatológica, uma vez que ter mais autocompaixão permite aliviar os sintomas psicopatológicos, reduzindo o mal-estar psicológico. Estes dados evidenciam a necessidade de se continuar a estudar de forma aprofundada os fatores de risco e de proteção relacionados com a PHDA.

Os pontos fortes deste estudo incluem o facto de ser uma amostra clínica, apenas com indivíduos que têm a perturbação diagnosticada e o facto de serem apenas adultos, pois o foco deste estudo é a PHDA na idade adulta, uma vez que já existem bastantes evidências na infância. Quanto às limitações do estudo, a reduzida dimensão da amostra destaca-se como sendo a que mais se evidencia, pois, o facto de a amostra ser pequena não permite que haja muita variabilidade dos resultados individuais de cada participante, podendo condicionar a obtenção de padrões significativos, sendo que os resultados das análises poderão estar condicionados por isso. Outra limitação encontrada relaciona-se com a dificuldade na pesquisa bibliográfica, devido à escassez de estudos que analisem todos os construtos incluídos neste estudo, dificultando a comparação dos resultados na secção da discussão.

Finalizando, importa fazer menção às implicações práticas e teóricas destes resultados e o contributo que tem para a comunidade científica e para a prática clínica. Este estudo revelou-se deveras pertinente e chama a atenção para um investimento no âmbito das Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais, podendo haver mais intervenções terapêuticas. Por exemplo, a Terapia Focada na Compaixão, cujo objetivo visa ajudar as pessoas a aceitarem as adversidades sem autocrítica, trabalhando igualmente a capacidade de autoaceitação e autotranquilização em situações negativas, pode ajudar a reduzir significativamente a

severidade dos sintomas da PHDA (Castilho & Gouveia, 2011). Descobertas atuais demonstram que a autocompaixão pode ser um fator importante para a saúde mental de pessoas com PHDA, por isso, estas intervenções, se aplicadas de forma regular, poderão revelar resultados eficazes no bem-estar e na melhoria de adultos com PHDA. Assim sendo, o estudo presente, bem como outros já existentes fornecem suporte para o uso de intervenções de autocompaixão em adultos com PHDA, em conjunto com intervenções existentes empiricamente validadas, como é o caso das intervenções farmacológicas.

Para estudos futuros seria interessante alargar a amostra e abranger mais variáveis, como por exemplo a personalidade (e.g., Neff, 2003), relacionando-a com os sintomas da Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e também com os níveis de autocompaixão. O aprofundamento da investigação qualitativa sobre as experiências e vivências pessoais de adultos com diagnóstico de PHDA, particularmente no que se refere à autogestão dos sintomas e participação na intervenção, assim como à inter-relação com os outros (família ou colegas) e a condição de saúde do adulto. A inclusão de amostras qualitativas de maiores dimensões para permitir a comparação inter-grupos, tanto em termos de género, como em termos de tipologias ou características familiares será, igualmente, benéfica em termos de continuidade de conhecimento para uma melhor intervenção clínica.

Referências Bibliográficas

- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 713. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465>
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, *4*(2), 107-118. doi:10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
- Almeida, P., Guardiano, M., Viana, V., Candeias, L., & Guimarães, J. E. (2013). Avaliação Do Processamento Fonológico E Da Compreensão Em Crianças Com PHDA. *Psicologia, Saúde E Doenças*, *14*(3), 420–436. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36229333005>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(2), 192-202.
- Beaton, D. M., Sirois, F. M., & Milne, E. (2020). Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mindfulness*, *11*, 2506–2518. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01464-w>
- Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2022). The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1002/jclp.23354>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K., & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*(12), 1792–1798. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1792>
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Black, S., Faneuil, A., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. V. (2008). Discordance Between Psychometric Testing and Questionnaire-

- Based Definitions of Executive Function Deficits in Individuals With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(1), 92–102. <https://doi.org/10.1177/1087054707305111>
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, emotion desregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 81–92. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>
- Brion, J. M., Leary, M. R., & Drabkin, A. S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 218-229. doi:10.1177/1359105312467391
- Canavarro, 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-APPOR.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In MR Simões, C. Machado, MM Gonçalves, & LS Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Self-compassion: validation study of the portuguese version of Self-Compassion Scale and its relationship to adverse childhood experiences, psychopathology and social comparison. *Psychologica*, 54, 203–229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 00(0), 1–15; DOI: 10.1002/jclp.22187
- Caye, A., Rocha, T. B. M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M. B., Barros, F. C., Gonçalves, H., Wehrmeister, F., Jensen, C. M., Steinhausen, H. C., Swanson, J. M., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0383>

- Combs, M. A., Canu, W. H., Broman-Fulks, J. J., Rocheleau, C. A., & Nieman, D. C. (2015). Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *Journal of Attention Disorders, 19*(5), 425–434. <https://doi.org/10.1177/1087054712459558>
- Cortese, S., Newcorn, J. H., & Coghill, D. (2021). A Practical, Evidence-informed Approach to Managing Stimulant-Refractory Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *CNS Drugs 35*, 1035–1051. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00848-3>
- Curatolo, P., D’Agati, E., & Moavero, R. (2010). The neurobiological basis of ADHD. *Italian Journal of Pediatrics, 36*(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-36-79>
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual* (3.^a ed.). Minneapolis, MN: Pearson.
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O’neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., WHO World Mental Health Survey, C. (2016). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 9*(1), 47–65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Ferreira, F. F. D. G. (2017). *A PHDA na visão do adolescente: percepção da saúde, dos factores familiares e do processo clínico que influenciam a condição de saúde*. Repositorio.ul.pt. <http://hdl.handle.net/10451/33993>
- Geurts, D., Schellekens, M., Janssen, L., & Speckens, A. (2020). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 25*, 1331–1342. <https://doi.org/10.1177/1087054719896865>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion-focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*, 97–112. DOI:10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adult Patients. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 16*(3). <https://doi.org/10.4088/pcc.13r01600>

- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Smari, J., & Young, S. (2009). The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal of Attention Disorders, 12*(6), 507–515. <https://doi.org/10.1177/1087054708323018>
- Janssen, L., Kan, C. C., Carpentier, P. J., Sizoo, B., Heparik, S., Schellekens, M. P. J., Donders, A. R. T., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. M. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological Medicine, 49*(1), 55–65. <https://doi.org/10.1017/s0033291718000429>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry, 163*(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.716>
- Knouse, L. E., Mitchell, J. T., Brown, L. H., Silvia, P. J., Kane, M. J., Myin-Germeys, I., & Kwapil, T. R. (2008). The expression of adult ADHD symptoms in daily life an application of experience sampling methodology. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 652–663. <https://doi.org/10.1177/1087054707299411>
- Leahy, L. G. (2018). Archives of Psychiatric Nursing, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.013>
- Matheson, L., Asherson, P., Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BMC Health Services Research, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-184>
- Matos-Pina, I., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2022). The contribution of the components of self-compassion and self-judgment in depressive symptomatology and psychological health in patients with chronic physical disease. *Psychology, Health & Medicine, 28*(6), 1572–1581. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2151714>
- Miklósi, M., Máté, O., Somogyi, K., & Szabó, M. (2016). Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and well-being. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(5), 364–369. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000472>

- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Oddo, L., Knouse, L., Surman, C., & Safren, S. (2018). Investigating resilience to depression in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 497–505. <https://doi.org/10.1177/1087054716636937>
- Oliveira, L., Pereira, M., Serrano, A., & Medeiros, T. (2017). PHDA em Contexto Escolar: Comorbilidades e Problemas de Desempenho Associados. *Revista E-Psi*, 7(1), 77-100.
- Ollendick, T., Jarrett, M., Grillstauechel, A., Hovey, L., & Wolff, J. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1447–1471. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.003>
- Organização Mundial de Saúde [OMS], Adler, L., Kessler, R. C., & Spencer, T. (2003). Composite International Diagnostic Interview.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311–323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- Powell, V., Riglin, L., Ng-Knight, T., Frederickson, N., Woolf, K., McManus, C., Collishaw, S., Shelton, K., Thapar, A., & Rice, F. (2021). Investigating friendship difficulties in the pathway from ADHD to depressive symptoms. Can parent–child relationships compensate? *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00798-w>
- Regalla, M. A., Guilherme, P., Aguilera, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Mattos, P. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: A pilot study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 157–160. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0010>
- Rösler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R. D., & Falkai, P. (2006). Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-

- deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(S1), i3–i11. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1001-7>
- Sirois, F. M., & Rowse, G. (2016). The role of self-compassion in chronic illness care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(11), 521–527. <https://self-compassion.org/wpcontent/uploads/2018/05/Sirois2016.pdf>
- Skirrow, C., Ebner-Priemer, U., Reinhard, I., Malliaris, Y., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2014). Everyday emotional experience of adults with attention deficit hyperactivity disorder: Evidence for reactive and endogenous emotional lability. *Psychological Medicine*, 44, 3571–3583. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001032>
- Stallman, H. M., Ohan, J. L., & Chiera, B. (2017). The Role of Social Support, Being Present, and Self-kindness in University Student Psychological Distress. *Australian Psychologist*, 53(1), 52–59. <https://doi.org/10.1111/ap.12271>
- Vian, F. (2019). Terapia cognitivo comportamental de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção. *Repositorio.ulusiada.pt*. <https://doi.org/10.34628/szfa-k160>
- Vorontsova-Wenger, O., Ghisletta, P., Ababkov, V., & Barisnikov, K. (2020). Relationship Between Mindfulness, Psychopathological Symptoms, and Academic Performance in University Students. *Psychological Reports*, 124(2), 459–478. <https://doi.org/10.1177/0033294119899906>
- Willoughby, D., & Evans, M. A. (2019). Self-processes of acceptance, compassion, and regulation of learning in university students with learning disabilities and/or ADHD. *Learning Disabilities Research & Practice*, 34(4), 175–184. <https://doi.org/10.1111/ldrp.12209>
- Yeguez, C. E., Hill, R. M., Buitron, V., & Pettit, J. W. (2018). Stress accounts for the association between ADHD symptoms and suicide ideation when stress-reactive rumination is high. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 461–467. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9910-0>
- Young, J. L., & Goodman, D. W. (2016). Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(6). <https://doi.org/10.4088/pcc.16r02000>

Anexos

ANEXO A - CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimento Informado

A presente investigação está integrada num projeto de compreensão acerca do efeito da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Adultos portugueses, atualmente em curso no Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento, da Universidade Lusitana – Norte, Porto. O objetivo deste estudo ambiciona perceber diferentes aspeto e dimensões que possam ser afetadas ou comprometidas em adultos com este diagnóstico. Estes tipos de estudos permitem melhorar os serviços prestados pelas/os psicólogas/os nas mais diversas áreas, assim como contribuir para a formação académica e profissional de futuros profissionais na área da Psicologia.

Para a realização deste estudo, solicita-se a melhor colaboração de homens e mulheres com mais de 18 anos, com diagnóstico prévio de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Os questionários serão preenchidos na plataforma *Google Forms*, no qual o *link* para aceder aos questionários será disponibilizado pelos/as investigadores/as. O preenchimento dos questionários requererá, sensivelmente, 30 minutos. As questões que neles constam abordam temas associados a qualidade de vida, regulação emocional, autocompaixão, autocuidado e mindfulness.

A sua participação é voluntária, não tendo qualquer tipo de benefício, custo e/ou risco associados. O anonimato das respostas será assegurado, ao longo de todo o processo de recolha e análise de dados. Os dados recolhidos serão utilizados estritamente para fins académicos e científicos. É, por isso, proibida a transmissão, cedência, ou reprodução, da informação recolhida a qualquer outro tipo de entidades. Os dados serão recolhidos e tratados, tendo por referência as diretrizes do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade Lusitana Norte - Porto. Caso necessite de algum esclarecimento, não hesite em contactar a responsável do estudo: Doutora Sofia Marques (smarques@por.ulusiada.pt).

Eu, _____, declaro que li o consentimento informado, que me foi prestada informação sobre o estudo e que aceito que o/a meu/minha educando/a participe no mesmo. Ser-me-á entregue uma cópia deste consentimento, assinada por mim e pelas responsáveis do estudo.

Data: _____

Assinatura: _____