

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CASA DE FERREIRO, ESPETO DE PAU?  
AUTOCUIDADO, AUTOCOMPAIXÃO, BEM-ESTAR  
PSICOLÓGICO E FREQUÊNCIA EM TERAPIA EM  
ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA**

**Inês Trigo da Roza Carvalho Araújo**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental  
Integrativa**

**2023**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CASA DE FERREIRO, ESPETO DE PAU?  
AUTOCUIDADO, AUTOCOMPAIXÃO, BEM-ESTAR  
PSICOLÓGICO E FREQUÊNCIA EM TERAPIA EM  
ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA**

**Inês Trigo da Roza Carvalho Araújo**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa**

**2023**

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMO .....	II
INTRODUÇÃO .....	1
Desafios em ser psicólogo clínico .....	1
Impacto na vida pessoal e profissional .....	2
Impacto em estagiários .....	2
O autocuidado como construto .....	3
Importância do autocuidado na prática da Psicologia Clínica.....	4
Importância do autocuidado na formação acadêmica.....	5
Bem-estar psicológico .....	6
Autocompaixão.....	6
Relação de autocompaixão, autocuidado e bem-estar psicológico.....	7
Terapia pessoal .....	8
O presente estudo.....	10
Objetivos e Hipóteses .....	10
MÉTODO.....	11
Enquadramento metodológico .....	11
Participantes.....	12
Instrumentos .....	12
Procedimento .....	15
RESULTADOS.....	16
Análise Descritiva.....	16
Correlações .....	18
Análise de Preditores .....	20
Análise de grupos .....	21
DISCUSSÃO .....	24
Limitações.....	29
Conclusões.....	29

Estudos futuros .....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	43
Tabela 9 .....	43
Anexo A: Questionário Sociodemográfico.....	48
Anexo B: Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP).....	51
Anexo C: Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) .....	54
Anexo D: Escala de autocompaixão (SELFCS) .....	57
Anexo E: Questionário Relativo à Frequência em Terapia .....	60
Anexo F: Checklist de Frequência em Terapia.....	61
Anexo G: Informação de Divulgação do Estudo nas Redes Sociais .....	62
Anexo H: Informação de Divulgação do Estudo para Instituições via e-mail .....	63

## AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final desta jornada notável que é escrever uma dissertação de mestrado, torna-se inevitável refletir sobre o incrível apoio e orientação que recebi ao longo do caminho.

À professora Ana Catarina, agradeço todo o seu incentivo, insights e orientação rigorosa. O seu feedback foi fundamental para moldar o meu trabalho, tal como toda a sua disponibilidade e amizade. Este processo não teria sido o mesmo se não fosse a sua postura tranquila e leve.

À mãe e ao pai, ao Bernardo e à Mafalda, e ao Francisco e à Carolina agradeço todo o apoio incansável, por acreditarem em mim e por mostrarem sempre interesse em todas as fases do meu percurso académico. Não há nada como a família.

Aos meus amigos, em especial aos que me acompanharam neste percurso académico, agradeço toda a companhia, partilha de frustrações e alegrias. São, sem dúvida alguma, o melhor que levo do curso e do mestrado.

Ao Rafa, por todo o apoio e ajuda em manter uma vida equilibrada. Foste a melhor companhia para manter quer o foco como a descontração.

A todos os participantes que contribuíram para esta investigação, obrigada por tornarem este estudo possível, tal como o fim do meu percurso académico.

Levo comigo este ano cheio de aprendizagens, memórias e lições e mal posso esperar por todas as portas que se abrem daqui para a frente.

## RESUMO

Na área da Psicologia, os psicólogos, especialmente os estagiários, enfrentam níveis elevados de stress e alta suscetibilidade a ansiedade, depressão e exaustão emocional. As estratégias de autocuidado, incluindo a prática de autocompaixão e a frequência em terapia, surgem como ferramentas críticas para mitigar estes desafios e melhorar o bem-estar geral. Este estudo quantitativo investigou a relação entre a prática de autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e frequência em terapia pessoal em estagiários de Psicologia, para compreender as estratégias que atenuam as possíveis consequências negativas na sua saúde mental e *performance* profissional.

Os participantes ( $N=136$ ,  $M_{idade}=24.74$ ,  $DP=3.483$ ) foram estagiários curriculares e profissionais de Psicologia, aos quais foram aplicados três instrumentos: Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP; adaptação portuguesa: Reis et al., 2020), Escala de Autocompaixão (SELFCS; Neff, K.D., 2003; tradução e adaptação portuguesa: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006) e Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; adaptação portuguesa: Novo et al., 2004). Foi também aplicado um questionário sobre a frequência em terapia e as razões por detrás da mesma.

Os resultados do estudo revelam que a amostra tem níveis elevados de autocuidado, bem-estar psicológico e autocompaixão. Revela também que indivíduos que frequentam atualmente terapia têm níveis mais baixos de autonomia, domínio do meio, autoaceitação, bem-estar psicológico geral e autocompaixão em comparação com aqueles que nunca frequentaram terapia. Por outro lado, os participantes que frequentam terapia apresentaram maior autocrítica, isolamento e sobreidentificação. Adicionalmente, os participantes que já frequentaram terapia apresentaram níveis mais elevados de autonomia, bem-estar psicológico total, autocompaixão e mindfulness, comparativamente às pessoas que frequentam terapia. Na variável sobreidentificação, as pessoas que frequentam terapia apresentam níveis mais altos do que as pessoas que frequentaram terapia no passado.

Conclui-se que o autocuidado e a autocompaixão são preditores de bem-estar em estagiários de Psicologia, tal como o envolvimento em terapia pessoal.

*Palavras-Chave:* autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico, terapia pessoal, estagiários de Psicologia, estudo quantitativo

## ABSTRACT

In the field of Psychology, psychologists, especially interns, face high levels of stress and high susceptibility to anxiety, depression, and emotional exhaustion. Self-care strategies, including practicing self-compassion and attending therapy, emerge as critical tools to mitigate these challenges and improve overall well-being. This quantitative study investigated the relationship between the practice of self-care, self-compassion, psychological well-being, and personal therapy attendance in Psychology interns, to understand the strategies that mitigate the possible negative consequences on their mental health and professional performance.

The participants (N=136, Age=24.74, SD=3.483) were Psychology curricular and professional interns, to whom three instruments were applied: Self-Care Assessment Scale for Psychologists (EAAP; Portuguese adaptation: Reis et al., 2020) , Self-Compassion Scale (SELFCS; Neff, K.D., 2003; Portuguese translation and adaptation: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006) and Psychological Well-Being Scale (EBEP; Portuguese adaptation: Novo et al., 2004). Additionally, a form was administered about therapy attendance and the reasons behind it.

The study results reveal high levels of self-care, psychological well-being, and self-compassion. Additionally, it was found that individuals currently attending therapy exhibited lower levels of autonomy, environmental mastery, self-acceptance, general psychological well-being, and self-compassion compared to those who had never attended therapy. On the other hand, participants who attend therapy showed greater self-criticism, isolation, and over-identification. Additionally, participants who attended therapy showed higher levels of autonomy, total psychological well-being, self-compassion, and mindfulness, compared to people who attend therapy. In the overidentification variable, people who attend therapy have higher levels than people who attended therapy in the past. It is concluded that self-care and self-compassion are predictors of well-being in Psychology interns, as is involvement in personal therapy.

Keywords: self-care, self-compassion, psychological well-being, personal therapy, Psychology interns, quantitative study

## INTRODUÇÃO

### Desafios em ser psicólogo clínico

Os psicólogos clínicos enfrentam o desafio de lidar com pacientes que sofrem de dificuldades físicas e/ou psicológicas exigentes (Zarzycka et al., 2022), fornecendo serviços de alta qualidade para aliviar uma ampla variedade de dificuldades experienciadas pelos seus clientes (Smith & Moss, 2009). Esta profissão é complexa e muitas vezes stressante, sendo o cuidado e as necessidades dos pacientes a prioridade dos psicólogos clínicos. A própria natureza do trabalho pode ser exigente e potencialmente angustiante, dado que alguns pacientes podem ter dificuldade em melhorar ou sofrer recaídas, alguns têm condições crônicas e debilitantes, outros podem tentar ou cometer suicídio ou tornar-se violentos e agressivos (Lalotís & Grayson, 1985; Pope et al., 2006).

Paralelamente, existem outros fatores que contribuem para os desafios da profissão de psicólogo, aumentando a suscetibilidade ao stress. Em primeiro lugar, Barnett (2008) destaca que os psicólogos se podem sentir menos suscetíveis a crises devido à educação e treino recebidos, criando um "ponto cego" profissional em relação aos riscos e ao desenvolvimento do próprio sofrimento, criando assim dificuldades de autoconsciência e percepção. Em segundo lugar, os profissionais de saúde mental parecem ter uma maior vulnerabilidade ao sofrimento e prejuízo psicológico devido à sua história familiar e pessoal e às suas motivações para exercer essa profissão (O'Connor, 2001).

Além disso, no que diz respeito ao contacto com colegas, o trabalho como psicólogo é frequentemente solitário, havendo isolamento entre profissionais, o que não é facilitado pela obrigação de confidencialidade (Barnett et al., 2006).

Por fim, foi sugerido por Sherman (1996) que muitos psicólogos que vivenciam sofrimento e relutância em relação à sua competência profissional ignoram esses sinais, na esperança de que desapareçam. Outros profissionais relatam constrangimento profissional, necessidade de ser forte e medo de prejudicar a sua reputação profissional como razões para não procurar o apoio necessário (Barnett & Hillard, 2001), o que perpetua as consequências negativas do exercício profissional da Psicologia.

## **Impacto na vida pessoal e profissional**

Face a estas condições, estes profissionais apresentam elevados níveis de stress (Cushway, 1992) e sofrimento (Stafford-Brown & Pakenham, 2012). Há uma elevada percentagem de psicólogos que reportam ter sintomas de ansiedade, depressão e exaustão emocional (Mahoney, 1997) e uma maior tendência, comparativamente à população em geral, de comportamento e ideação suicida (Gilroy et al., 2002).

Inevitavelmente, os desafios desta profissão, não só têm impacto na vida pessoal dos psicólogos, como na sua vida profissional, estando todos os psicólogos vulneráveis a implicações no seu bem-estar pessoal, no funcionamento profissional, ou até, em ambos (Smith & Moss, 2009). Weiss (2004) demonstrou que profissionais da área social apresentam maior risco de entrarem em *burnout* profissional, que é definido como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização dos outros e um sentimento de realização pessoal reduzida (Maslach, 1982). Até à data foi pouco estudada a qualidade de vida experienciada pelos psicoterapeutas, embora este seja um dos fatores que influencia a relação com os seus clientes (Brugnera et al., 2020).

Este potencial impacto negativo nos clientes parece ser reconhecido pelos psicólogos, sendo constatado no estudo de Pope et al. (1987) que 85% dos membros da Sociedade para o Avanço da Psicoterapia, da *American Psychological Association* (APA), acreditam que trabalhar num estado de elevada angústia para ser produtivo não é ético. Apesar desta constatação, este estudo também revelou que 60% dos membros reportam já ter trabalhado nestas condições.

## **Impacto em estagiários**

A problemática do *burnout* em psicoterapeutas tem sido objeto de estudo em várias pesquisas empíricas. Simionato e Simpson (2018) identificaram a idade mais jovem e a falta de experiência profissional como fatores preditores de alto *burnout* entre terapeutas. Isto sugere que estagiários de Psicologia, tanto curriculares, como profissionais, são mais vulneráveis a fatores de stress e *burnout* devido à sua menor idade e falta de experiência (Halewood & Tribe, 2003), tornando-se uma amostra relevante a ser estudada.

O período de treino e estágio em Psicologia é uma fase de muita inquietação, exigências acadêmicas e clínicas e dúvidas sobre as próprias habilidades (Millon et al., 1986), o que muitas vezes leva a uma tendência para duvidar da própria qualidade profissional.

Esta tendência para duvidar das capacidades do próprio resulta, muitas vezes, da ambiguidade com a qual os psicólogos clínicos lidam diariamente, ao se confrontarem com quadros sintomatológicos complicados, que não se encaixam facilmente em categorias diagnósticas, e dilemas éticos (Pica, 1998). A ambiguidade é ainda mais relevante nos estudantes, por estes não saberem ainda como lidar com o facto de não terem resposta para todos os problemas com que se confrontam (Pica, 1998). A dúvida sobre a própria qualidade profissional é um stressor significativo para psicólogos qualificados e estagiários (Cushway, 1992; Cushway & Tyler, 1994), tipicamente atingindo o pico para os estagiários quando eles começam a receber clientes (Millon et al., 1986).

Outra fonte de stress para os estagiários é a discrepância entre as suas expectativas e a realidade da prática clínica, que muitas vezes fica aquém do esperado (Skovholt & Ronnestad, 2003). Os estagiários parecem ter mais dificuldades no trabalho e apresentam mais dúvidas sobre a sua performance profissional, resultando em maiores níveis de stress (Cushway & Tyler, 1996). Além disso, os estagiários são expostos a diversos fatores académicos que induzem stress, como limitações de tempo, longas horas de trabalho e a necessidade de alternar frequentemente entre diferentes tarefas, como dar consultas e fazer investigação (Cahir & Morris, 1991; Schwartz-Mette, 2009).

Em suma, os estagiários de Psicologia estão predispostos a uma série de stressores, como ambiguidade e dilemas éticos, discrepância entre expectativa e realidade da prática clínica e características do trabalho académico, com elevado número de casos, trabalhos e avaliações.

### **O autocuidado como construto**

O autocuidado refere-se ao conjunto de atividades que visam manter um funcionamento saudável e duradouro perante stressores profissionais e pessoais (Coster & Schwebel, 1997). Essas atividades promovem o bem-estar físico e emocional, diminuindo a quantidade de stress, ansiedade ou reação emocional experimentada (Williams et al., 2010).

Além disso, o autocuidado envolve a atitude de foco em cuidar de si mesmo (Kissil & Niño, 2017), incluindo autorreflexão e ação para reconhecer as próprias necessidades e fazer um esforço consciente para aceder a recursos que promovam a saúde e o bem-estar (Colman et al., 2016; Pakenham, 2017).

Algumas medidas de autocuidado incluem fazer exercício físico, aderir a terapia, recorrer à espiritualidade e ter uma rede de apoio estruturada (Richards et al., 2010), variando de pessoa para pessoa, consoante as necessidades de cada um. No estudo de Bauer (2016), a vasta gama de atividades de autocuidado é categorizada em 4 áreas distintas: (a) intrapessoal, incluindo manter um estilo de vida equilibrado e aumentar a consciencialização através de terapia; (b) apoio da família, amigos e colegas; (c) desenvolvimento profissional, incluindo agendamento de pausas, manutenção de uma carga de trabalho razoável e educação contínua e (d) atividades recreativas/físicas, incluindo hobbies e férias.

Independentemente do tipo de autocuidado escolhido, este parece estar relacionado a um maior bem-estar (Colman et al., 2016), níveis mais baixos de stress e emoções negativas, níveis mais altos de emoções positivas, progresso, desempenho clínico (Zahniser et al., 2017) e qualidade de vida (Goncher et al., 2013). Por outro lado, a falta de autocuidado está relacionada a níveis mais altos de esgotamento e sintomas de stress traumático, a um maior risco de declínio de saúde e à experiência de stress (Butler et al., 2017; Mayorga et al., 2015; Santana & Fouad, 2017), evidenciando assim a importância do envolvimento em estratégias de autocuidado.

### **Importância do autocuidado na prática da Psicologia Clínica**

O autocuidado é essencial para profissionais que ajudam os outros (Kissil & Niño, 2017), tais como psicólogos. Os profissionais de saúde mental são vulneráveis a diversos riscos ao longo da carreira (Smith & Moss, 2009), e, mesmo assim, frequentemente descuidam de si mesmos, colocando-se em risco de não desempenharem as suas funções profissionais de forma efetiva (Barnett et al., 2007; Sapienza & Bugental, 2000). Mesmo quando os psicólogos se tornam conscientes das suas próprias preocupações, muitas vezes negligenciam as suas necessidades, envolvendo-se em poucas atividades de lazer e não colocando o autocuidado como prioridade (APA, 2000). Terapeutas experientes apoiam

que o autocuidado deve ser incluído como objetivo primário para profissionais de saúde mental (Jennings & Skovholt, 1999; Thériault et al., 2015), devendo ser reconhecido como uma parte fundamental do funcionamento da carreira (Guy, 2000).

O terapeuta é uma ferramenta poderosa, mas também vulnerável (Sansó et al. 2015), o que o torna responsável por prestar atenção às suas necessidades, de forma a maximizar os benefícios e minimizar os riscos dos seus clientes. Para fornecer cuidados eficazes aos seus clientes, os profissionais devem, em primeiro lugar, estar bem (Norcross & Guy, 2007), estando os comportamentos de autocuidado ligados a um maior sentido de realização pessoal e a uma menor tendência de despersonalizar os clientes (Rupert & Kent, 2007). O Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses evidencia a importância do autocuidado, referindo que “a consciência individual de cada um é condição central para o bom desempenho da atividade” e que “um dos deveres prioritários será o de se preocupar em fazer o bem ao seu cliente e em evitar, de toda a maneira, prejudicá-lo” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

Em suma, é essencial que o psicólogo reconheça as suas necessidades e limites para exercer eficazmente, promovendo o seu bem-estar e o dos seus clientes, ao aplicar estratégias de autocuidado que previnam a exaustão e conflitos na relação terapêutica.

### **Importância do autocuidado na formação académica**

Tendo em conta os riscos e problemáticas mencionados anteriormente em estagiários de Psicologia, é relevante explorar o tema do autocuidado nesta amostra.

Devido aos inúmeros fatores que impactam os psicólogos estagiários, a atenção ao autocuidado e aos esforços contínuos de bem-estar são essenciais para uma prática ética e eficaz (Barnett et al., 2007). Zahniser et al. (2017), evidenciaram que o autocuidado está associado a resultados positivos de bem-estar pessoal e funcionamento profissional, reduzindo o stress e melhorando o humor (Colman et al, 2016; Goncher et al., 2013; Myers et al., 2012; Zahniser et al., 2017). Além disso, McKinzie et al. (2006) relatam que a eficácia profissional pode ser maior se os alunos de Psicologia aprenderem a lidar com a pressão associada à prática profissional antes de se tornarem psicólogos efetivos.

Barnett e Cooper (2009) incentivam a prática de autocuidado no contexto da formação acadêmica, dado que poderá levar a uma maior probabilidade de os alunos virem a usar estas estratégias ao longo da sua carreira profissional (Sussman, 1995).

Assim, a promoção do autocuidado deve ser feita pela instituição e incentivada pelos membros docentes, com preocupação com os valores e cuidados transmitidos (Dearing et al., 2005; Goncher et al., 2013). No entanto, vários estudos relatam a baixa promoção da cultura de autocuidado e pouca informação dada pelas instituições de ensino de Psicologia (Munsey, 2006; Thériault et al., 2015; Barnett & Cooper, 2009; Bamonti et al., 2014).

### **Bem-estar psicológico**

De acordo com Richards et al. (2010), profissionais de saúde mental que valorizam e se envolvem em atividades de autocuidado apresentam maior bem-estar psicológico, sugerindo uma relação entre estes construtos.

O bem-estar psicológico é um conceito que se refere à autoavaliação da qualidade de vida em aspetos individuais e sociais (Ryff et al., 1999), que se baseia num modelo teórico que propõe seis dimensões fundamentais para a sua expressão: Aceitação de Si, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida e Autonomia (Ryff, 1989). Assim, o bem-estar psicológico emerge do resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivos neste conjunto de dimensões (Novo, 2005).

Segundo vários autores (Boero et al., 2005; Coster & Schwebel, 1997; Lustyk et al., 2004; Richards et al, 2010), a correlação significativa e positiva entre a frequência de autocuidado e bem-estar indica que o aumento da participação em atividades de autocuidado está associado ao aumento do bem-estar geral.

### **Autocompaixão**

Autocompaixão é um conceito proveniente do pensamento budista, caracterizado pela gentileza em relação a nós mesmos diante de sentimentos de inadequação ou fracasso, composto por três componentes interativos: bondade com o próprio, humanidade comum e *mindfulness* (Germer &

Neff, 2013; Neff, 2003). A bondade com o próprio possibilita enfrentar dor e sofrimento de forma serena, sem raiva ou autocrítica (Germer & Neff, 2013). A humanidade comum consiste em reconhecer que a condição humana é imperfeita e que não estamos sozinhos no nosso sofrimento, assumindo uma postura compassiva em relação a nós mesmos (Germer & Neff, 2013).

Por fim, o *mindfulness* refere-se à atenção plena aos pensamentos e emoções dolorosos, sem supressão, evitamento, identificação excessiva ou ruminação sobre sentimentos negativos (Bishop et al., 2004; Frederickson, 2013; Neff, 2003).

Diversos estudos sugerem uma relação positiva entre autocompaixão e saúde psicológica, mostrando que a capacidade de autocompaixão pode ajudar a proteger contra ansiedade e depressão e pode facilitar a resiliência e uma gestão do stress mais saudável (Leary et al., 2007; Neff, 2003; Neff et al., 2005, 2007). Níveis mais altos de autocompaixão também foram associados positivamente à satisfação com a vida, ligação social, felicidade, otimismo, iniciativa pessoal e curiosidade (Neff, 2003; Neff et al., 2007).

A prática da autocompaixão é importante para psicólogos e terapeutas, pois permite que eles desenvolvam as habilidades necessárias para mostrar compaixão pelos outros (Nelson et al., 2018). No entanto, o conceito de autocompaixão recebe pouca atenção durante a formação académica, sendo o foco somente a compaixão pelos outros (Goetz et al., 2010; Nelson et al., 2018).

### **Relação de autocompaixão, autocuidado e bem-estar psicológico**

Como visto anteriormente, o autocuidado e o bem-estar psicológico estão relacionados, na medida em que a prática do autocuidado promove um maior bem-estar. Da mesma forma, a autocompaixão parece estar também relacionada com estes dois construtos. Como evidenciado por Patsiopoulou e Buchana (2011), a atitude de dedicar tempo para si mesmo e permitir-se sentir é, em si, uma forma de autocuidado, sendo, por isso, a prática de autocompaixão também ela a prática de autocuidado, havendo várias vantagens em recorrer a esta estratégia (Nelson et al., 2018).

A autocompaixão é uma atitude e uma perspetiva individual sobre a vida, enquanto o autocuidado se refere antes a ações, nas quais se traduz a presença ou não de autocompaixão. Desta forma, é possível perceber que existe uma estreita ligação entre os dois conceitos: não só a

autocompaixão leva a melhores práticas de autocuidado, como a autocompaixão é, na verdade, uma estratégia de envolvimento no autocuidado, através da consciência plena e da regulação afetiva.

(Nelson et al., 2018)

Adicionalmente, a prática de autocompaixão permite que haja um envolvimento em atividades que promovam a sensação de bem-estar, havendo, por isso, também uma relação próxima entre estes dois construtos. Efetivamente, diferentes atividades de promoção de saúde e bem-estar, como implementar uma dieta saudável, fazer exercício físico ou ter um sono adequado, parecem estar altamente correlacionados com a prática de autocompaixão (Nelson et al., 2018). Além disso, a presença de níveis mais altos de emoções positivas combinada com níveis mais baixos de emoção negativa pode influenciar a relação entre a autocompaixão e a prática de comportamentos saudáveis (Sirois et al., 2015), o que significa que indivíduos com mais autocompaixão podem cuidar melhor de si mesmos com mais frequência (Nelson et al., 2018), aumentando a sua sensação de bem-estar.

Em suma, a prática de autocuidado pressupõe um aumento do bem-estar psicológico, que, por sua vez, também é aumentado na presença de autocompaixão, por ela própria ser considerada uma estratégia de autocuidado.

## **Terapia pessoal**

O termo "terapia pessoal" neste estudo refere-se ao acompanhamento psicológico de profissionais de saúde mental, estagiários ou efetivos, de acordo com Kumari (2011). Esse acompanhamento é realizado por profissionais associados a diferentes bases teóricas e pode ser feito em diferentes formas, como terapia de grupo ou individual (Geller et al., 2005). A terapia pessoal foi inicialmente discutida na tradição psicodinâmica por Freud (1910) e também é valorizada por modelos de terapia comportamentais (Geller et al., 2005). Existe um consenso de que a terapia pessoal é essencial para todos os terapeutas, a fim de aprimorar o seu trabalho terapêutico com os clientes (Kumari, 2011; Freud, 1910).

Embora os psicoterapeutas possam procurar psicoterapia pessoal pelas razões semelhantes à população geral, como dificuldades relacionais, baixa autoestima, ansiedade ou depressão (Phillips,

2011; Pope & Tabachnick, 1994), a natureza do trabalho dos psicólogos pode predispor-los a variados fatores de stress.

Na psicoterapia, o aspeto pessoal do terapeuta é fundamental, pois o terapeuta atua como um instrumento de ajuda eficaz e adequado, sendo empático, emocionalmente disponível e presente (Orlinsky, 2022). Portanto, é necessário trabalhar na terapia pessoal a fim de reparar e aprimorar as habilidades de empatia e cuidado genuíno, garantindo que a resposta aos interesses do cliente não seja afetada pelas necessidades pessoais e relacionais do terapeuta (Orlinsky, 2022).

O objetivo da terapia pessoal, para psicólogos formados ou estagiários, é permitir que estes vivenciem a perspectiva dos clientes, compreendam a sua própria experiência de vida e o seu impacto na prática, refletindo sobre o uso de si mesmos nos processos terapêuticos (British Psychological Society, 2017). Diversos estudos indicam uma correlação entre a terapia pessoal e resultados positivos em profissionais de saúde mental em termos de bem-estar e trabalho clínico (Guy, 1987; Macaskill, 1988; McNamara, 1986; Norcross et al., 1988).

Quanto aos benefícios pessoais, o estudo de Orlinsky (2022) evidencia que a terapia pessoal proporciona experiências positivas na vida privada dos profissionais de saúde mental, contribuindo moderadamente para o seu nível de satisfação de vida e aumentando a compreensão de si mesmos em estagiários de Psicologia (Willems, 2018).

A nível profissional, vários autores identificaram uma série de fatores relacionados à terapia pessoal que melhoram o trabalho clínico dos terapeutas, como maior competência profissional e terapêutica; aprendizagem, por observação de novas técnicas terapêuticas; e maior empatia pelos clientes e relações terapêuticas aprimoradas (McEwan & Duncan, 1993; Moller et al., 2009, Fleischer & Wissler, 1985; Guy, 1987; Macaskill, 1988).

Em suma, a terapia pessoal pode ser uma experiência valiosa para o desenvolvimento pessoal e profissional de psicólogos e estagiários de Psicologia (Kumari, 2011).

## **O presente estudo**

Tendo em conta as razões já apresentadas, é de sublinhar a importância do autocuidado, do bem-estar psicológico, da autocompaixão e da terapia pessoal em psicólogos clínicos, quer para o exercício competente e eficaz da sua profissão, quer para a sua qualidade de vida.

Embora estes temas sejam cada vez mais abordados em investigação e durante a formação académica dos psicólogos clínicos, ainda não existe informação que relacione os quatro construtos mencionados em psicólogos estagiários, curriculares ou profissionais. Desta forma, torna-se relevante estudar possíveis relações entre os diferentes construtos, para que se possa perceber o que pode contribuir, ou não, para um melhor equilíbrio entre a saúde física e mental dos profissionais da área.

## **Objetivos e Hipóteses**

São propostos quatro objetivos distintos para o desenvolvimento do presente estudo, sendo, para cada um deles, hipotetizado diferentes resultados:

**Objetivo 1:** Explorar as relações entre as variáveis em estudo, mais especificamente a relação entre autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e frequência em terapia pessoal:

*Hipótese 1.1.:* Espera-se que quanto maior for o envolvimento em estratégias de autocuidado, mais elevados serão os níveis de bem-estar psicológico.

*Hipótese 1.2.:* Espera-se que quanto maior for envolvimento em comportamentos de autocompaixão, mais elevados serão os níveis de bem-estar psicológico.

*Hipótese 1.3.:* Espera-se que quanto maior for o envolvimento em estratégias de autocuidado, maior será a frequência em terapia pessoal.

*Hipótese 1.4.:* Espera-se que quanto maior forem os níveis de bem-estar psicológico, maior será envolvimento em comportamentos de autocompaixão.

*Hipótese 1.5.:* Espera-se que quanto maior forem os níveis de bem-estar psicológico, maior será a frequência em terapia pessoal.

*Hipótese 1.6.:* Espera-se que quanto maior for o envolvimento em comportamentos de autocompaixão, maior será a frequência em terapia pessoal.

Hipótese 1.7.: Espera-se que quanto menor for o envolvimento em estratégias de autocuidado, maior a frequência em terapia pessoal.

Hipótese 1.8.: Espera-se que quanto maior for o envolvimento em estratégias de autocuidado, mais elevados serão os níveis de bem-estar psicológico, maior será o envolvimento em comportamentos de autocompaixão e maior será a frequência em terapia pessoal.

**Objetivo 2:** Perceber que tipo de estratégias de autocuidado e de autocompaixão são preditores do bem-estar psicológico.

**Objetivo 3:** Comparar estagiários profissionais e estagiários curriculares nas diversas variáveis mencionadas:

*Hipótese 3.1.:* Espera-se que haja níveis mais elevados e maior envolvimento em todas as variáveis em estagiários profissionais, comparativamente a estagiários curriculares.

**Objetivo 4:** Explorar as razões pelas quais estagiários profissionais e curriculares aderem à terapia pessoal, mais concretamente, se se deve a razões pessoais ou profissionais:

*Hipótese 4.1.:* Espera-se que haja uma maior tendência de estagiários curriculares aderirem a terapia pessoal por razões pessoais e estagiários profissionais por razões profissionais.

## **MÉTODO**

### **Enquadramento metodológico**

O presente estudo enquadra-se numa abordagem de natureza quantitativa, psicométrica e correlacional. Considera-se como um estudo correlacional transversal, já que o seu objetivo é compreender e estimar a relação estatística entre variáveis e a aplicação do questionário foi feita num único momento.

## **Participantes**

A presente investigação reuniu um total de 278 participantes, sendo que 109 não responderam à totalidade do questionário. Dos 169 participantes que responderam à totalidade do questionário, 2 não tinham nacionalidade portuguesa e 32 não exerciam funções em contexto clínico, não cumprindo os requisitos do estudo, pelo que foram utilizadas as respostas de 136 participantes. Destes 136 participantes, 116 identificaram-se com o género feminino (85,30%), 19 com o género masculino (14,00%) e 1 como não-binário (0,07%), com idades compreendidas entre os 22 e os 45 anos ( $M=24,74$  anos;  $D.P.=3,483$  anos). Relativamente ao estado civil, 131 eram solteiros (96,30%), 3 eram casados (2,20%) e 2 viviam em união de facto (1,50%).

No que diz respeito ao nível académico, 75 eram estagiários profissionais (55,10%) e 61 participantes eram estagiários curriculares (44,90%), sendo que 86 trabalhavam em contexto público (63,20%), enquanto 50 se encontravam a trabalhar em contexto privado (36,80%), trabalhando a maioria apenas com adultos. O valor médio de casos atendidos por semana pelos participantes é de 9,04 casos ( $D.P.=8,545$ ) e o valor médio de horas por semana é de 27,61 horas ( $D.P.=13,871$ ).

## **Instrumentos**

**Questionário sociodemográfico.** Foi construído um breve questionário com o objetivo de recolher informações sociodemográficas e informação sobre a experiência profissional dos participantes (Anexo A). As questões assentam sobre a nacionalidade, o género, a idade, o estado civil, sobre a função em contexto clínico, o número médio de casos atendidos por semana, o número médio de horas de trabalho por semana, a faixa etária da população com que trabalha e, por último, o contexto de trabalho.

**Escala de avaliação de autocuidado para psicólogos.** A escala de avaliação de autocuidado para psicólogos (Dorociak et al., 2017; adaptação portuguesa: Silva, et al., in prep.) é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar a utilização de estratégias de autocuidado (Anexo B). Esta escala é composta por 21 itens e as respostas são apresentadas numa escala tipo Likert de sete pontos, pretendendo responder à frequência de certos comportamentos, em que 1 significa “Nunca” e

7 significa “Sempre”. Organiza-se em cinco escalas distintas: Apoio Profissional; Desenvolvimento Profissional; Equilíbrio de Vida; Estratégias Cognitivas e Equilíbrio Diário, apresentando todas valores de consistência interna elevados ( $\alpha$  entre 0.70 e 0.88).

**Escala de bem-estar psicológico (EBEP).** A EBEP (Ryff, 1989; adaptação portuguesa: Novo et al., 2004) pretende avaliar o funcionamento mental normal do indivíduo e o seu bem-estar psicológico subjetivo, através de um questionário composto por 18 itens e seis dimensões distintas (Anexo C). Estas são: **autonomia**, que avalia a resistência à pressão social e a determinação de um indivíduo para pensar, atuar e avaliar-se; **domínio do meio**, referente à existência de um sentimento de domínio sobre o meio e de competência para lidar com o mesmo; **crecimento pessoal**, que se relaciona com a perceção pessoal da existência de um desenvolvimento que é contínuo ao longo do tempo, disponível para experiências novas e com foco no aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal; **relações positivas com os outros**, que avalia a perceção da esfera interpessoal do indivíduo; **objetivos na vida**, refletidos nas expectativas e propósitos que um indivíduo tem para a sua vida; **aceitação de si**, referente à atitude de aceitação de um indivíduo em relação às diversas vertentes do *self* (Oliveira, 2013).

Os 18 itens da escala são respondidos numa escala tipo Likert de seis pontos, com as seguintes opções: 1 - Discordo Completamente, 2 - Discordo em Grande Parte, 3 - Discordo Parcialmente, 4 - Concordo Parcialmente, 5 - Concordo em Grande Parte e 6 - Concordo Completamente. O resultado em cada escala traduz o grau de identificação com cada dimensão implícita, o que significa que um resultado elevado corresponde a um elevado nível de bem-estar no domínio específico avaliado. A EBEP Total resulta da soma dos resultados obtidos nas seis escalas, na qual valores elevados apontam para um nível de bem-estar psicológico global elevado e valores baixos apontam para o contrário.

Vários estudos mostraram que a EBEP tem indicadores psicométricos adequados, no que diz respeito à sua consistência interna, nomeadamente o estudo de Ryff e Essex (1991), que aponta para valores de alfa de Cronbach elevados ( $\alpha$  entre .74 e .96).

**Escala de autocompaixão.** A escala de autocompaixão (Self-Compassion Scale - SELFCS) foi adaptada e traduzida para a população portuguesa por Castilho e Gouveia em 2006 e pretende medir, em formato de autorrelato, três componentes da autocompaixão: calor/compreensão, condição humana e mindfulness (Anexo D).

O primeiro componente refere-se à capacidade para se ser empático, amável e compreensivo consigo mesmo, o segundo à compreensão das próprias vivências como parte da experiência humana e o terceiro está relacionado com a consciência equilibrada, que permite a aceitação dos próprios sentimentos, inclusive os dolorosos (Castilho, 2011).

A SELFCS é constituída por 26 itens que se dividem em seis subescalas: Calor/Compreensão; Autocrítica; Condição Humana; Isolamento; Mindfulness e Sobreidentificação. As respostas são dadas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Quase nunca”, 2 a “Raramente”, 3 a “Algumas vezes”, 4 a “Muitas vezes” e 5 “Quase sempre”.

No estudo de validação portuguesa, na amostra não clínica, foi obtido uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,94), confirmando os valores de 0,92 obtidos nos estudos da versão original (Castilho, 2011).

**Questionário de frequência em terapia.** Foi construído um breve questionário com o objetivo de recolher informações relativas à frequência em terapia, atualmente e no passado (Anexo E). Pretende-se perceber se o indivíduo recorre ou já recorreu a algum tipo de apoio psicológico e, na eventualidade de responder que sim a uma das questões anteriores, o tempo (número de meses) e o tipo de apoio a que recorreu. Para recolher dados sobre o tipo de apoio psicológico recorrido, foi criada uma checklist com 5 itens diferentes, com a possibilidade de se selecionar a opção “Outro”, permitindo-se a descrição do mesmo.

**Checklist de frequência em terapia.** Esta checklist foi criada pelas autoras deste estudo (Araújo & Silva, 2022), de forma a compreender as razões por detrás dos participantes que recorrem ou já recorreram a apoio psicológico. Tem 10 itens diferentes, podendo o participante escolher mais do que um e, até, escrever uma outra opção, caso não seja contemplada nos itens apresentados.

O objetivo desta checklist é compreender os motivos que levam o indivíduo a procurar apoio psicológico, mais especificamente, se as suas razões assentam em motivos pessoais ou profissionais. A checklist foi criada com base em diversos estudos e artigos, como o de Eckhart (2016), Moller & Alilovic (2009) e Macran & Shapiro (1998), estando apresentada na sua totalidade em anexo (Anexo F).

## **Procedimento**

**Procedimentos de seleção e recolha de dados.** A recolha de dados foi realizada num único momento, entre os meses de Fevereiro a Maio através de um questionário *online*. Este questionário, com uma duração de 10-15 minutos, foi criado com recurso à plataforma *Qualtrics*. Os participantes foram recrutados através da divulgação do questionário em grupos de estagiários curriculares ou profissionais de Psicologia em redes sociais, como Facebook, Whatsapp e LinkedIn (Anexo G), e por e-mail a associações de estudantes e departamentos de Psicologia de diversas faculdades nacionais (Anexo H). Para além disto, foi sempre solicitada a divulgação por efeito de bola de neve. Os participantes, ao acederem ao link do questionário, tiveram acesso ao consentimento informado (Anexo I), no qual dispunham da informação relativa ao estudo, nomeadamente os autores, objetivos de investigação, duração do questionário, critérios de inclusão e, ainda, a possibilidade de receberem a informação sobre as conclusões do estudo. Adicionalmente, foi assegurada a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes, dado que os dados recolhidos não permitiam a sua identificação. Este projeto foi avaliado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

**Procedimento de análise de dados.** O tratamento dos dados realizou-se através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 27. Primeiramente, realizou-se a estatística descritiva das variáveis em estudo, assim como a consistência interna das diferentes escalas. Para estudar as potenciais correlações entre diferentes variáveis foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e para testar a existência de um papel preditor foi realizada uma regressão linear, recorrendo à ANOVA. A comparação de grupos foi analisada através do teste-t amostras independentes.

## RESULTADOS

### Análise Descritiva

A Tabela 1 apresenta a descrição das médias, desvio-padrão e amplitude para as variáveis EAAP, EBEP e SELFCS e respectivas subescalas. É de apontar que as médias são elevadas, havendo, por isso, elevados níveis de autocuidado, bem-estar psicológico e autocompaixão na amostra recolhida.

Relativamente aos resultados sobre frequentar terapia foram criados 3 grupos diferentes e mutuamente exclusivos. O primeiro grupo inclui os participantes que frequentam atualmente terapia ou que frequentam e também já frequentaram no passado com um total de 48 participantes (35.3%). O segundo grupo remete para os participantes que frequentaram terapia apenas no passado, que inclui um total de 45 participantes (33.1%). O último grupo inclui 43 participantes (31.6%) que nunca frequentaram terapia. No que diz respeito ao tipo de apoio psicológico escolhido pelos participantes, 34 (25%) frequentam psicoterapia individual, semanal ou quinzenalmente e 14 (10,3%) têm acompanhamento psicológico, uma vez por mês ou menos. Adicionalmente, 50 participantes frequentaram no passado psicoterapia individual (36,8%), 21 tiveram acompanhamento psicológico (15,4%), 1 (0,7%) frequentou terapia de grupo e 1 (0,7 %) teve apoio psicológico via linha telefónica. O tempo médio que os participantes estiveram em terapia foi de 45.9 meses, com uma mediana de 36 e moda 30.

Por fim, a Tabela 2 apresenta os resultados relativos à checklist de frequência em terapia, na qual são apresentadas as frequências das razões que levaram os participantes a recorrer a apoio psicológico, tendo 68,4% dos participantes aderido a terapia por razões pessoais e não por razões relacionadas com o trabalho. Dos participantes que escolheram a opção “Outro”, apenas 1 especificou, escrevendo “Aprender a ter tempo de lazer sem me culpabilizar/ aprender a lidar com a culpa / perceber que nem todos têm de gostar de mim”.

**Tabela 1**

*Médias aproximadas, desvios-padrão e amplitude: Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP), Escala de Bem Estar Psicológico (EBEP) e Escala de Autocompaixão (SELFCS).*

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Min - Max</b>
EAAP Total	5.37	.712	3.0 – 7.0
EBEP Total	26.6716	4.19504	13.67 - 34.67
SELFCS Total	3.139	.6628	1.60 – 4.70

Nota. **DP**: Desvio-Padrão; **Min-Max**: Valores mínimos e máximos das variáveis.

**Tabela 2**

*Frequências relativas à Checklist de Frequência em Terapia*

<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Problemas no foro pessoal	83	61%
Promover o meu autoconhecimento e/ou desenvolvimento pessoal	60	44.1%
Obter ajuda com dificuldades relacionais com família e/ou amigos	49	36%
Experienciar pessoalmente terapia, para estar mais familiarizado/a com a prática clínica	40	29.4%
Experienciar estar no lado do cliente	29	21.3%
Obter ajuda para uma perturbação mental específica	22	16.2%
Trabalhar um trauma	21	15.4%
Gerir dificuldades no trabalho	18	13.2%

Gerir fase de luto	14	10.3%
Aprender técnicas aplicadas na prática clínica	13	9.6%
Outro?	2	1.5%

---

### Correlações

Na Tabela 3 é possível encontrar as correlações entre as variáveis de Autocuidado, Bem Estar Psicológico, Autocompaixão e Terapia Pessoal, sendo de destacar as correlações positivas e significativas, moderadas a fortes, entre as subescalas de bem-estar psicológico e de autocuidado, entre autocompaixão e bem-estar psicológico e entre autocuidado e autocompaixão. Relativamente à terapia pessoal, esta correlaciona-se negativa e significativamente com a medida de Bem-Estar Psicológico total, tal como as suas subescalas de Autonomia, Domínio do Meio e Aceitação de si, e com as subescalas de Autocompaixão de Autobondade e Humanidade Comum. Adicionalmente, correlaciona-se de forma positiva significativa com a subescala de autocompaixão de Autocriticismo, Isolamento e Sobreidentificação.

**Tempo de terapia.** Através de uma correlação bivariada, com uso do coeficiente de correlação de Pearson, foi testada a correlação entre as variáveis de Autocuidado, Bem-Estar Psicológico, Autocompaixão e o tempo que o participante esteve ou está em terapia. Assim, apenas foi detetada uma correlação positiva moderada e significativa entre o tempo de terapia e a subescala de Bem-Estar Psicológico de Relação Positiva com os Outros ( $r_s = .394$ ;  $p = .042$ ), sugerindo que quanto mais tempo os participantes estiverem em processo de terapia, maiores níveis de relação positiva com os outros pontuam na escala de Bem-Estar.

**Tabela 3**

*Correlações entre as dimensões da variável Autocuidado, Bem-Estar Psicológico, Autocompaixão e Terapia Pessoal – coeficientes de correlação de Pearson.*

	1. EAAP_ AP	2. EAAP_ DP	3. EAAP_ EV	4. EAAP_ EC	5. EAAP_ EVD	6. EAAP Total	7. EBEP_ A	8. EBEP_ DM	9. EBEP_ CP	10. EBEP_ RP	11. EBEP_ OV	12. EBEP_ AS	13. EBEP Total	14. SELFCS _AB	15. SELFCS _AC	16. SELFCS _HC	17. SELFCS _M	18. SELFCS _I	19. SELFCS _S	20. SELFCS Total	21. Terapia Pessoal
1	1	.383**	.326**	.262**	.212*	.733**	.053	.148	.276**	.349**	.341**	.386**	.327**	.129	-.120	.113	.080	-.101	-.088	.128	.001
2	.383**	1	.308**	.218**	.068	.660**	.270**	.266**	.246**	.260**	.381**	.382**	.387**	.130	-.113	.256**	.144	-.165	-.163	.191*	-.096
3	.326**	.308**	1	.361**	.368**	.694**	.327**	.348**	.455**	.691**	.524**	.555**	.619**	.455**	-.249**	.409**	.415**	-.441**	-3.13**	.451**	-.085
4	.262**	.218*	.361**	1	.428**	.615**	.350**	.391**	.411**	.355**	.398**	.466**	.502**	.471**	-.377**	.332**	.430**	-.400**	-.344**	.472**	-.019
5	.212*	.068	.368**	.428**	1	.563**	.219*	.305**	.329**	.346**	.205*	.289**	.356**	.356**	-.186*	.269**	.310**	-.226**	-.162	.301**	-.020
6	.733**	.660**	.694**	.615**	.563**	1	.343**	.416**	.500**	.591**	.558**	.622**	.644**	.421**	-.289**	.394**	.375**	-.370**	-.299**	.428**	-.067
7	.053	.270**	.327**	.350**	.219*	.343**	1	.568**	.449**	.290**	.488**	.431**	.694**	.432**	-.479**	.369**	.402**	-.489**	-.507**	.544**	-.279**
8	.148	.266**	.348**	.391**	.305**	.416**	.568**	1	.506**	.467**	.617**	.479**	.787**	.476**	-.502**	.398**	.474**	-.555**	-.479**	.583**	-.205*
9	.276**	.246**	.455**	.411**	.329**	.500**	.449**	.506**	1	.501**	.627**	.631**	.763**	.481**	-.340**	.459**	.494**	-.446**	-.395**	.517**	-.084
10	.349**	.260**	.691**	.355**	.346**	.591**	.290**	.467**	.501**	1	.614**	.647**	.756**	.455**	-.380**	.420**	.444**	-.570**	-.440**	.540**	-.124
11	.341**	.381**	.524**	.398**	.205*	.558**	.488**	.617**	.627**	.614**	1	.698**	.869**	.405**	-.420**	.394**	.368**	-.576**	-.427**	.522**	-.127
12	.386**	.382**	.555**	.466**	.289**	.622**	.431**	.479**	.631**	.647**	.689**	1	.819**	.593**	-.518**	.484**	.508**	-.597**	-.509**	.648**	-.175*
13	.327**	.387*	.619**	.502**	.356**	.644**	.694**	.787**	.763**	.756**	.869**	.819**	1	.600**	-.567**	.532**	.567**	-.694**	-.589**	.714**	-.216*
14	.129	-.130	.455**	.471**	.356**	.421**	.432**	.476**	.481**	.455**	.405**	.593**	.600**	1	-.745**	.709**	-.756**	-.622**	-.606**	-.891**	-.243**
15	-.120	-.113	-.249**	-.377**	-.186*	-.289**	-.479**	-.502**	-.340**	-.380**	-.420**	-.518**	-.567**	-.745**	1	-.531**	-.517**	.633**	.769**	-.866**	.292**
16	.113	.256**	.409**	.332**	.269**	.394**	.369**	.398**	.459**	.420**	.394**	.484**	.532**	.709**	-.531**	1	.714**	-.478**	-.479**	.768**	-.199*
17	.080	.144	.415**	.430**	.310**	.375**	.402**	.474**	.494**	.444**	.368**	.508**	.567**	.756**	-.517**	.714**	1	-.549**	-.618**	.813**	-.096
18	-.101	-.165	-.441**	-.400**	-.226**	-.370**	-.489**	-.555**	-.446**	-.570**	-.576**	-.597**	-.694**	-.622**	.633**	-.478**	-.549**	1	.641**	-.791**	.191*
19	-.088	-.163	-3.13	-.344**	-.162	-.299**	-.507**	-.479**	-.395**	-.440**	-.427**	-.509**	-.589**	-.606**	.769**	-.479**	-.618**	.641**	1	-.835**	.257**
20	.128	.191*	.451**	.472**	.301**	.428**	.544**	.583**	.517**	.540**	.522**	.648**	.714**	.891**	-.866**	.768**	.813**	-.791**	-.835**	1	-.262**
21	-0.13	.112	.219*	.071	.116	.142	.312**	.227**	.129	.214*	.178*	.244**	.282**	.327**	-.333**	.286**	.231**	-.235**	-.337**	.354**	1

\*\*p-value<.01; \*p-value<.05 Nota. EAAP\_AP: Apoio Profissional; EAAP\_DP: Desenvolvimento Profissional; EAAP\_EV: Equilíbrio de Vida; EAAP\_EC: Estratégias Cognitivas; EAAP\_EVD: Equilíbrio Diário; EBEP\_A: Autonomia; EBEP\_DM: Domínio do Meio; EBEP\_CP: Crescimento Pessoal; EBEP\_RP: Relações Positivas com os Outros; EBEP\_OV: Objetivos na Vida; EBEP\_AS: Aceitação de Si; SELFCS\_AB: Autobondade; SELFCS\_AC: Autocriticismo; SELFCS\_HC: Humanidade Comum; SELFCS\_M: Mindfulness; SELFCS\_I: Isolamento; SELFCS\_S: Sobreidentificação

## **Análise de Preditores**

### **Análise Regressão Linear**

**Autocuidado e Bem Estar Psicológico.** Com o objetivo de confirmar o possível papel preditor das estratégias de Autocuidado relativamente ao Bem-Estar Psicológico foi efetuada uma regressão linear (variável dependente, Bem-Estar Psicológico e variável independente, Autocuidado). Nas Tabelas 4 e 5 são apresentados os resultados, em que se observa que a variável preditora explica 50.5% da variância, com especial ênfase na variável Equilíbrio de Vida e Estratégias Cognitivas.

**Tabela 4**

*Resumo do Modelo*

R	R <sup>2</sup>	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
.711	.505	.486	3.006

**Tabela 5**

*Regressão linear do Bem Estar Psicológico pelo Autocuidado*

Variável Preditora	Beta	t	p
Apoio Profissional	.	.	.
Desenvolvimento Profissional	.146	1.366	.174
Equilíbrio de Vida	.408	4.349	<.001
Estratégias Cognitivas	.252	2.972	.004
Equilíbrio diário	.039	.447	.655
Autocuidado Total	.087	.490	.625

**Autocompaixão e Bem Estar Psicológico.** Para confirmar o possível papel preditor das estratégias de Autocompaixão relativamente ao Bem-Estar Psicológico foi efetuada uma regressão

linear (variável dependente, Bem-Estar Psicológico e variável independente, Autocompaixão). Nas tabelas 6 e 7 são apresentados os resultados, na qual se verifica que a variável preditora explica 56.6% da variância, apesar de nenhuma subescala ser considerada um preditor estatisticamente significativo.

**Tabela 6**

*Resumo do Modelo*

R	R2	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
0.752	0.566	0.542	2.839

**Tabela 7**

*Regressão linear do Bem Estar Psicológico pela Autocompaixão*

Variável Preditora	Beta	t	p
Auto Bondade	-.513	-1.220	.225
Auto Criticismo	.707	1.416	.159
Humanidade Comum	-.368	-1.027	.306
Mindfulness	-.396	-1.178	.241
Isolamento	.116	.298	.766
Sobreidentificação	.440	1.082	.281
Autocompaixão Total	2.847	1.143	.143

### **Análise de grupos**

**Nível acadêmico.** De forma a perceber se existiam diferenças entre estagiários curriculares e estagiários profissionais, nas diferentes variáveis estudadas, foi aplicado o teste-t para amostras independentes. Como apresentado na Tabela 8, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estagiários curriculares e profissionais em nenhuma das variáveis.

**Tabela 8**

*Diferenças entre estagiários curriculares e profissionais nas variáveis de autocuidado, bem-estar psicológico, autocompaixão terapia pessoal e razões para ir a terapia.*

Variáveis	z	sig	t	Sig (2 tailed)
<b>Autocuidado</b>				
Apoio Profissional	0.296	.588	.385	.701
Desenvolvimento Profissional	0.801	.372	-1.103	.272
Equilíbrio de Vida	0.089	.766	-.136	.892
Estratégias Cognitivas	1.325	.252	-.672	.502
Equilíbrio Diário	1.108	.294	.499	.619
Autocuidado Total	0.026	.871	-.301	.764
<b>Bem-Estar Psicológico</b>				
Autonomia	.070	.792	-1.033	.303
Domínio do Meio	0.333	.565	-1.471	.144
Crescimento Pessoal	1.491	.224	.105	.917
Relações Positivas com os Outros	1.1141	.293	.850	.397
Objetivos na Vida	.570	.451	-.678	.499
Aceitação de Si	.480	.524	.007	.995
EBEP Total	.168	.683	-.518	.605
<b>Autocompaixão</b>				
Auto Bondade	.907	.343	-.184	.854
Autocriticismo	2.251	.136	.141	.888
Humanidade Comum	.001	.982	-.138	.890
Mindfulness	1.100	.296	-.646	.519

Isolamento	.008	.931	-.246	.806
Sobreidentificação	.524	.470	.341	.734
SELFCS Total	.026	.873	-.245	.807
<b>Terapia Pessoal</b>	.363	.548	-.781	.436
<b>Razões</b>				
Profissionais	1.394	.240	.568	.571
Pessoais	.008	.927	-.076	.939

**Frequência em terapia.** Por não existirem diferenças entre os diferentes níveis acadêmicos, testou-se a possibilidade de existirem diferenças em três grupos de participantes, mutuamente exclusivos e diferentes entre si em relação à frequência em terapia: (1) nunca frequentou terapia; (2) frequenta ou frequenta e já frequentou terapia e (3) apenas frequentou terapia no passado. De seguida, foi feita a análise de variância (ANOVA) destes três grupos para comparar as diferentes variáveis anteriormente mencionadas. As variáveis que apresentaram diferenças entre os três grupos foram: a subescala de autonomia ( $p < .001$ ), domínio do meio ( $p = .013$ ) e aceitação de si ( $p = .009$ ) da escala de Bem-Estar Psicológico, tal como a escala total ( $p = .002$ ), e todas as subescalas da escala de Autocompaixão, incluindo a total ( $p$  entre 0.025 e  $< .001$ ). A escala de autocuidado não revelou diferenças entre os grupos.

Assim, na Tabela 9, disponível em anexo, é possível identificar que os participantes que nunca frequentaram terapia (1) têm níveis mais elevados de Autonomia, Domínio do Meio, Aceitação de Si, Bem-Estar Psicológico Total, Autocompaixão Total, Auto bondade, Humanidade Comum e Mindfulness, comparativamente a pessoas que frequentam terapia (2).

No mesmo sentido, os participantes que estão em terapia (2) têm níveis mais altos de Autocriticismo, Isolamento e Sobreidentificação. Por fim, é possível perceber que os participantes que frequentaram terapia no passado (3) têm níveis mais elevados de Autonomia, Bem-Estar Psicológico total, Autocompaixão e Mindfulness, comparativamente às pessoas que frequentam terapia (2). Na

variável Sobreidentificação, as pessoas que frequentam terapia (2) apresentam níveis mais altos do que as pessoas que frequentaram terapia no passado (3).

## DISCUSSÃO

Tal como era previsto, observaram-se no presente estudo correlações significativas e positivas entre as variáveis autocuidado, autocompaixão e bem-estar psicológico. Isto significa que quanto maior o envolvimento em estratégias de autocuidado, maior o envolvimento em comportamentos de autocompaixão e mais elevados os níveis de bem-estar psicológico, e vice-versa. Estes resultados parecem ser concordantes com a literatura que sugere também uma relação positiva e significativa entre estas três variáveis (Nelson et al., 2018; Sirois et al., 2015) e que, por isso, torna evidente a forte relação entre o papel das estratégias de autocuidado e autocompaixão e os níveis de bem-estar. Adicionalmente, e indo de encontro ao objetivo 2 proposto, os resultados obtidos apontam para um papel preditor das dimensões do autocuidado e da autocompaixão na variável de bem-estar psicológico. Tal significa que um maior envolvimento em estratégias de autocuidado e de autocompaixão indica uma maior tendência para maiores níveis de bem-estar psicológico. Mais especificamente, os resultados apontam para uma maior influência das dimensões da escala de autocuidado de Estratégias Cognitivas e Equilíbrio de Vida na predição de bem-estar psicológico.

Contrariamente ao que era esperado, não se encontrou correlação significativa entre o envolvimento em estratégias de autocuidado e a frequência em terapia. Por outro lado, encontrou-se uma correlação negativa significativa entre a frequência em terapia e o bem-estar psicológico e a autocompaixão. Ou seja, quem frequenta terapia tem níveis de bem-estar psicológico e autocompaixão mais baixos, relativamente a quem nunca frequentou terapia.

De facto, frequentar terapia encontra-se relacionado negativamente com as subescalas de autonomia, domínio do meio e aceitação de si, tal como com a escala total de bem-estar psicológico. Este dado pode ser explicado pelo facto de a terapia ser algo procurado quando existe um fator stressor na vida ou o indivíduo se encontra numa situação vista como problemática, o que pode estar associado a níveis de bem-estar psicológico reduzidos (Evans, 2013).

A variável frequência em terapia relaciona-se também negativamente com as subescalas de autocompaixão, de auto bondade e humanidade comum. A suportar esta correlação, existem também dados neste estudo que apontam para uma correlação significativa e positiva entre frequentar terapia e as subescalas de autocompaixão de autocriticismo, isolamento e sobreidentificação. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de pessoas que frequentam terapia demonstrarem *a priori* níveis de autocompaixão baixos, com níveis altos de autocriticismo, sobreidentificação e isolamento (Neff & Germer, 2013), o que faz com que haja um grande foco durante o processo de psicoterapia em aprender a gerir melhor os sentimentos de inadequação ou fracasso (Hölzel et al, 2011).

Apesar de os dados sobre a variável frequência em terapia pessoal serem informativos, parece ser pouco clara e aprofundada a relação de terapia pessoal com as restantes variáveis, na medida em que a terapia pessoal apenas estuda os participantes que nunca frequentaram terapia *versus* os participantes que já frequentaram terapia, sendo este segundo grupo muito vasto, incluindo pessoas que frequentam atualmente, que já frequentaram no passado ou ambos, não havendo distinção entre os diferentes tipos de frequência. Neste sentido, foi posteriormente estudada a diferença entre estes três grupos mencionados, de forma a aprofundar o conhecimento sobre a frequência em terapia pessoal, sendo esta discutida mais à frente nesta secção.

Relativamente ao papel da terapia pessoal na vida dos estagiários de Psicologia, este parece ser relevante, na medida em que cerca de dois terços da amostra estão ou já estiveram em terapia, apresentando um tempo médio de cerca de 4 anos.

Assim, no presente estudo, a amostra recolhida revela dar importância à terapia pessoal, o que parece acentuar a ideia de Kumari (2011) de que a terapia pessoal pode ser uma experiência valiosa para o desenvolvimento pessoal e profissional de estagiários de Psicologia.

Relativamente às razões que levaram os estagiários a frequentar terapia pessoal, há uma maior incidência em razões relativas ao foro pessoal, ao invés de temas relacionados com o trabalho. Estes dados parecem estar de acordo com o estudo de Bike et al. (2009), no qual, numa pesquisa nacional com psicólogos, conselheiros e assistentes sociais que procuram terapia pessoal nos Estados Unidos, descobriram que 60% aderiram à terapia por motivos pessoais, 5% por motivos profissionais e 35%

ambos. Também Norcross e Connor (2005) descobriram que a maioria dos psicoterapeutas indicava principalmente razões pessoais para iniciar a terapia e Norcross e Guy (2005), com base em vários estudos, relataram que os três problemas mais frequentes eram depressão, conflitos conjugais e ansiedade, com origem em questões do foro pessoal.

Apesar de estes dados serem válidos, existe a possibilidade de estarem enviesados pelo facto de a checklist fornecida aos participantes relativa às razões de frequência em terapia não ser equilibrada em termos de número de itens relativos a razões pessoais e a razões profissionais (rácio de 7 para 3), o que pode criar um foco enviesado nas razões pessoais. Para além disto, a formulação dos itens da checklist torna-os bastante vagos e abrangentes, podendo não especificar concretamente a motivação dos participantes e, por isso, não ser capaz de distinguir corretamente aquilo que é pessoal do que é profissional.

Uma das hipóteses inicialmente colocadas, hipótese 4.1, era a de que estagiários curriculares iriam recorrer a terapia por razões pessoais, enquanto estagiários profissionais iriam recorrer por razões profissionais. Esta hipótese não foi corroborada, na medida em que não foram encontradas diferenças entre os dois grupos. Efetivamente, estagiários curriculares e estagiários profissionais não só não apresentaram diferenças significativas nas razões que levaram à frequência em terapia, como também não apresentaram diferenças nas variáveis de autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e terapia pessoal. Assim, apesar de poder ser específico desta amostra em particular, parece ser possível afirmar que os podemos considerar, estatisticamente falando, um grupo homogéneo. Esta homogeneidade pode ser explicada pelo facto de os estagiários curriculares e profissionais se encontrarem em fases de vida profissional muito semelhantes, ambas iniciais, de aprendizagem e de descoberta, e, tendencialmente, apresentarem idades muito próximas ou semelhantes. O facto de não haver literatura que aborde a diferença entre estes dois grupos de estagiários vem acentuar esta ideia de que estes, quando inseridos numa amostra, são considerados como um só, o que pode ser algo útil a ter em conta em estudos futuros.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças entre os dois grupos de estagiários, foram encontradas diferenças relativas à frequência em terapia, mais especificamente, entre três grupos: (1)

peessoas que nunca frequentaram terapia; (2) pessoas que já frequentaram terapia; e (3) pessoas que frequentam ou frequentam e já frequentaram terapia. Tal como mencionado anteriormente, estes grupos foram criados após a necessidade de se aprofundar os dados obtidos sobre a relação da variável terapia pessoal com as restantes.

Comparando os participantes que já frequentaram terapia pessoal (2) com aqueles que frequentam de momento (3), aqueles que já frequentaram demonstram melhores níveis de bem-estar psicológico e autocompaixão e, ainda, de características específicas como autonomia e *mindfulness*. Paralelamente, aqueles que frequentaram terapia pessoal apresentam níveis mais baixos de sobreidentificação, comparativamente com os que frequentam terapia. Estes dados parecem acentuar a importância e os benefícios da terapia, na medida em que apontam para um aumento do bem-estar psicológico e da autocompaixão após a conclusão de um processo terapêutico. Vários estudos apontam para a mesma descoberta, destacando uma correlação positiva entre a terapia pessoal e bem-estar em profissionais de saúde mental (Guy, 1987; Macaskill, 1988; McNamara, 1986; Norcross et al., 1988, Orlinsky et al., 2005). Assim, pode-se criar a hipótese de que as pessoas que frequentam terapia procuram ajuda profissional para aumentar os seus níveis de bem-estar psicológico, autocompaixão e, conseqüentemente, de autocuidado, vendo a terapia como forma de adquirir este aumento.

Adicionalmente, foram também observados dados relevantes entre o grupo de participantes que nunca frequentaram terapia (1) e os que frequentam terapia (3).

Os participantes que nunca frequentaram terapia, quando comparados com os que frequentam, têm níveis mais altos de bem-estar psicológico e autocompaixão, tal como de características específicas como autonomia, domínio do meio, aceitação de si, auto bondade, humanidade comum e *mindfulness*. No mesmo sentido, os participantes que frequentam terapia têm níveis mais altos de isolamento e sobreidentificação. Assim, estes resultados apontam para uma visão menos positiva da vida e uma maior sensação de inadequação face aos outros nos participantes que frequentam terapia. Algo que poderia explicar estes dados é o facto de, usualmente, a motivação para aderir à terapia resultar de um estado de espírito mais negativo, havendo uma sensação de necessidade de ajuda por parte de um profissional. Na amostra em questão, não só existe motivação para frequentar terapia

baseada em razões semelhantes à população geral, como problemas do foro pessoal ou dificuldades relacionais, como a natureza do seu trabalho pode predispor-los a variados fatores de stress (Phillips, 2011; Pope & Tabachnick, 1994). Outra explicação para estes resultados pode ser o facto de estagiários de Psicologia estarem mais conscientes das suas emoções, problemáticas e conflitos, por esta ser a sua área profissional. De facto, tal como Phillips (2011) afirma, os terapeutas podem compreender, consciente e inconscientemente, que o que eles carregam pessoalmente influencia quem eles são na vida pessoal e no trabalho, o que os faz olhar para os seus problemas de uma forma mais séria, procurando mais rapidamente intervenção e apoio. Neste sentido, os estagiários que frequentam terapia podem avaliar os seus níveis de bem-estar psicológico e autocompaixão como mais baixos, por terem um olhar mais exigente e sério perante fatores negativos. Uma explicação alternativa prende-se com o facto de que quem frequenta terapia poder apresentar resultados mais baixos por se encontrar em processo terapêutico. De facto, estar em terapia estimula o pensamento sobre o próprio e abre espaço para se conversar sobre assuntos pessoais que podem ser vistos como complicados ou emocionalmente carregados, o que torna o processo algo difícil e provocador de uma sensação de mal-estar (Wittman et al, 2019). Assim, estar envolvido num processo terapêutico pode colocar os participantes que frequentam terapia numa posição que os leva a avaliar o seu bem-estar e autocompaixão com níveis mais baixos relativamente a quem não frequenta.

Por fim, estudou-se ainda a relação do tempo de terapia com as variáveis de autocuidado, autocompaixão e bem-estar psicológico, tendo sido apenas detetada uma correlação significativa entre o tempo de terapia e a subescala de Bem-Estar Psicológico de Relação Positiva com os Outros. Este resultado sugere que quanto mais tempo os participantes estiverem em processo de terapia, maior é a sensação de que possuem relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas e, conseqüentemente, maior a sensação de bem-estar psicológico, tal como previamente evidenciado no estudo de Vieira et al (2019).

## **Limitações**

A primeira limitação que se pode destacar assenta no tamanho reduzido da amostra, que impossibilita a realização de certos procedimentos estatísticos mais complexos, tal como impede a generalização dos resultados. Esta limitação pode estar relacionada com uma outra referente ao teor do questionário aplicado. Por ser um questionário bastante extenso e repetitivo torna-se cansativo responder ao mesmo, o que pode explicar o facto de vários participantes não terem completado o questionário na totalidade.

O facto de este estudo ser transversal, faz com que não seja possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em estudo, devendo esta limitação ser colmatada através da realização de um estudo longitudinal.

Relativamente à checklist criada pelas autoras, esta pode ter impedido certas conclusões, por ter itens muito abrangentes e gerais. Para além disso, na checklist encontram-se mais itens relacionados com razões pessoais do que com razões relacionadas com o trabalho, o que pode também enviesar as respostas dos participantes.

Por fim, outra limitação deste estudo pode ter sido o facto de não ter sido apurada nenhuma vertente relativa à personalidade dos participantes ou do seu grau de psicopatologia, o que poderia ter ajudado a perceber melhor os níveis de bem-estar, autocuidado e autocompaixão mais baixos em participantes que estão em processo de terapia.

## **Conclusões**

O presente estudo serviu para aumentar a compreensão da relação entre autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e terapia pessoal em estagiários de Psicologia. Salienta-se, assim, o envolvimento em estratégias de autocuidado e autocompaixão como preditores de bem-estar psicológico em estagiários de Psicologia, particularmente através da manutenção de um estilo de vida equilibrado e da consciência dos desafios profissionais e stress derivado dos mesmos.

Destaca-se ainda a importância da terapia pessoal como impulsionador de bem-estar psicológico e de autocompaixão e o seu papel significativo na vida dos estagiários de Psicologia.

Desta forma, este estudo realça a importância da promoção junto dos estagiários de Psicologia de estratégias de autocuidado e autocompaixão que promovam o seu bem-estar psicológico, com especial foco na terapia pessoal como um catalisador dos mesmos.

### **Estudos futuros**

Para estudos futuros, para além de analisar uma amostra maior, parece ser relevante entender mais a fundo a personalidade ou características pessoais dos participantes, como, por exemplo, o nível de psicopatologia, que possam ter influência na procura de terapia pessoal, para que haja um maior enquadramento e entendimento global das razões por detrás da frequência em terapia pessoal.

Adicionalmente, pode ser interessante explorar o papel da autocompaixão como moderador na relação entre terapia pessoal e bem-estar psicológico, de forma a perceber se indivíduos com diferentes níveis de envolvimento em estratégias de autocompaixão experimentam resultados diferentes na terapia.

Outra opção que também pode acrescentar valor seria fazer um estudo comparativo. Neste sentido, comparar-se-iam os resultados de autocompaixão e bem-estar psicológico entre diferentes grupos de participantes relativos à frequência em terapia (por exemplo, pessoas que completaram o processo de terapia, que fizeram *drop-out* ou que fizeram terapia intermitente) de forma a perceber que fatores distinguem os diferentes grupos.

Por fim, penso que este estudo abre portas para a discussão sobre integrar terapia pessoal na vida dos estagiários de Psicologia, e até de psicólogos credenciados, como um requisito obrigatório para exercer esta mesma profissão, por parecer ser uma mais-valia não só a nível pessoal como profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2000). *Professional health and well-being for psychologists*.

Retrieved July 28, 2004, from <http://www.psychpage.com/ethics/wellness.pdf>

American Psychological Association Committee on Legal Issues. (2002). Ethical Principles of

Psychologists and Code of Conduct 2002. *American Psychologist*, 57, 1060–1073. doi:

10.1037/0003-066X.47.12.1597

Bamonti, P. M., Keelan, C. M., Larson, N., Mentrikoski, J. M., Randall, C. L., Sly, S. K., Travers, R.

M., & McNeil, D. W. (2014). Promoting ethical behavior by cultivating a culture of self-care

during graduate training: A call to action. *Training and Education in Professional Psychology*, 8,

253-260. doi:10.1037/tep0000056

Bauer, J. L. (2016). *Personality factors, self-care, and perceived stress levels on counselor education*

*and counseling psychology doctoral students*. Western Michigan University.

Barnett, J. E. (2008). Impaired professionals: Distress, professional impairment, self-care, and

psychological wellness. In M. Herson & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology*

(Vol. 1, pp. 857–884). New York: John Wiley & Sons.

Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-

care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (6), 603–612.

Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and*

*Practice*, 16(1), 16–20. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x

- Barnett, J. E., & Hillard, D. (2001). Psychologist distress and impairment: The availability, nature, and use of colleague assistance programs for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 205.
- Barnett, J. E., Johnston, L. C., & Hillard, D. (2006). Psychotherapist wellness as an ethical imperative. In L. VandeCreek & J. B. Allen (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on health and wellness* (pp. 257–271). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bph077>.
- British Psychological Society (2017). New Savoy survey shows increasing mental health problems in NHS psychotherapists. BPS News. Retrieved from <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/new-savoy-survey-shows-increasing-mental-health-problems-nhs-psychotherapists>
- Brugnera, A., Zarbo, C., Compare, A., Talia, A., Tasca, G. A., De Jong, K., ... & Lo Coco, G. (2021). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 31(2), 247-257.
- Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9 (4), 416–424. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>.
- Cahir, N., & Morris, R. D. (1991). The psychology student stress questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 414–417.

- Colman, D. E., Echon, R., Lemay, M. S., McDonald, J., Smith, K. R., Spencer, J., & Swift, J. K. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology, 10*(4), 188–197. <https://doi.org/10.1037/tep0000130>.
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional psychology: Research and practice, 28*(1), 5.
- Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 167–169. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00981>.
- Cushway, D., & Tyler, P. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine, 10*, 35-42.
- Cushway, D., & Tyler, P. (1996). Stress in clinical psychologists. *International Journal of Social Psychiatry, 42*(2), 141-149.
- Dearing, R. L., Maddux, J. E., & Tangney, J. P. (2005). Predictors of Psychological Help Seeking in Clinical and Counseling Psychology Graduate Students. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 323-329. doi: 10.1037/0735-7028.36.3.323
- Evans, I. M. (2013). *How and why people change: Foundations of psychological therapy*. Oxford University Press, USA.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 13*(6), 353-379.

- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. John Wiley & Sons.
- Fleischer, J. A., & Wissler, A. (1985). The therapist as patient: Special problems and considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 587.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press
- Freud, S. (1910). The future prospects of psychoanalytic therapy. In J. Strachey (Ed.), *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press
- Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (Eds.). (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives*. Oxford University Press.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experience with depression and treatment. *Professional Psychology: Research & Practice*, 33, 402–407. doi: 10.1037/0735-7028.33.4.402
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351–374. doi:10.1037/a0018807
- Goncher, I. D., Sherman, M. F., Barnett, J. E., & Haskins, D. (2013). Programmatic perceptions of self-care emphasis and quality of life among graduate trainees in clinical psychology: The mediational role of self-care utilization. *Training and Education in Professional Psychology*, 7 (1), 53–60. <https://doi.org/10.1037/a0031501>.

Guy, J. D. (2000). Self-care corner: Holding the holding environment together: Self-psychology and psychotherapist care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (3), 351–352.

Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. John Wiley & Sons.

Halewood, A., & Tribe, R. (2003). What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(1), 87-102.

Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537–559.

Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80 – 87.

Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3–11.

Jordan, J. V. (2010). Relational-cultural therapy. *Handbook of counseling women*, 63-73.

Kissil, K., & Niño, A. (2017). Does the person-of-the-therapist training (POTT) promote self-care? Personal gains of MFT trainees following POTT: A retrospective thematic analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43 (3), 526 –536. <https://doi.org/10.1111/jmft.12213>.

- Kumari, N. (2011). Personal therapy as a mandatory requirement for counselling psychologists in training: A qualitative study of the impact of therapy on trainees' personal and professional development. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 211-232.
- Lalotis, D., & Grayson, J. (1985). Psychologist heal thyself: What is available to the impaired psychologist? *American Psychologist*, 40, 84 – 96.
- Leary, M. R., Tate, E. B. Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904.
- Macaskill, N. D. (1988). Personal therapy in the training of the psychotherapist: Is it effective? *British Journal of Psychotherapy*, 4(3), 219-226.
- Mahoney, M. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology, Research and Practice*, 28, 14–16. doi: 10.1037/0735-7028.28.1.14
- Mayorga, M. G., Devries, S. R., & Wardle, E. A. (2015). The practice of self-care among counseling students. *Journal of Educational and Psychology*, 8 (3), 21–28.
- McEwan, J., & Duncan, P. (1993). Personal therapy in the training of psychologists. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 34(2), 186.
- McNamara, J. R. (1986). Personal therapy in the training of behavior therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(3), 370.

- McKinzie, C., Burgoon, E., Altamura, V., & Bishop, C. (2006). Exploring the effect of stress on mood, self-esteem, and daily habits with psychology graduate students. *Psychological Reports*, 99, 439-448. doi: 10.2466/pr0.99.2.439-448
- Millon, T., Millon, C., & Antoni, M. (1986). Sources of emotional and mental disorders among psychologists: A career development perspective. In R. Kilburg, P. Nathan, & R. Thoreson (Eds.), *Professionals in distress: Issues, syndromes and solutions in psychology* (pp. 119–135). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moller, N. P., Timms, J., & Alilovic, K. (2009). Risky business or safety net? Trainee perceptions of personal therapy: a qualitative thematic analysis. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 11(4), 369-384.
- Munsey, C. (2006). Questions of balance: An APA survey finds a lack of attention to self-care among training programs. Retrieved from American Psychological Association website: <http://www.apa.org/gradpsych/2006/11/cover-balance.aspx>.
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6 (1), 55 –66.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.

Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.

Nelson, J. R., Hall, B. S., Anderson, J. L., Birtles, C., & Hemming, L. (2018). Self-compassion as self-care: A simple and effective tool for counselor educators and counseling students. *Journal of Creativity in Mental Health*, 13(1), 121-133.

Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.

Norcross, J. C., Strausser, D. J., & Faltus, F. J. (1988). The therapist 's therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 42(1), 53-66.

Novo, R. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20, 183-203.

O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 345 –350.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 17931-17936.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Wiseman, H. (2022). Personal Therapy. In *How Psychotherapists Live* (pp. 148-167). Routledge.

- Pakenham, K. I. (2017). Training in acceptance commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Clinical Psychologist*, 21,186–194. <https://doi.org/10.1111/cp.12062>.
- Patsiopoulos, A. T., & Buchanan, M. J. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301.
- Phillips, S. B. (2011). Up close and personal: A consideration of the role of personal therapy in the development of a psychotherapist. *On becoming a psychotherapist: The personal and professional journey*, 144-164.
- Pica, M. (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. *Psychotherapy*, 35, 361–265.
- Pope, K. S., Sonne, J. L., & Greene, B. (2006). *What therapists don't talk about and why: Understanding taboos that hurt us and our clients*. American Psychological Association.
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993–1006.
- Reis, M. T. S. C. D. C. (2020). *O autocuidado dos psicólogos: adaptação da self-care assessment for psychologists scale (SCAP) para Portugal* (Doctoral dissertation).
- Richards, K. C., Campenni, C. E., & Muse-Burke, J. L. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247–264. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>

- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (1), 88–96.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35–55. doi: 10.1177/016502548901200102
- Ryff, C. D., Magee, W. J., Kling, K. C., & Wing, E. H. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being. In C.D. Ryff & V. W. Marshall (Eds.), *The self and society in aging processes* (pp. 247–278). Springer Publishing.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals ‘inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50 (2), 200–207.
- Sapienza, B. G., & Bugental, J. F. T. (2000). Keeping our instruments finely tuned: An existential-humanistic perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 458–460.
- Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a self-care behavior inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 140.
- Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a self-care behavior inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11 (3), 140–145.  
<https://doi.org/10.1037/tep0000142>.

- Schwartz-Mette, R. A. (2009). Challenges in addressing graduate student impairment in academic professional psychology programs. *Ethics & Behavior*, *19*(2), 91-102.
- Sherman, M. D. (1996). Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. *Clinical Psychology Review*, *16*, 299–315. doi:10.1016/0272-7358(96)00016-5
- Simionato, G. K., and Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: a systematic review of the literature. *J. Clin. Psychol.* *74*, 1431–1456. doi: 10.1002/jclp.22615
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *34*, 661–669. doi:10.1037/hea0000158
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of career development*, *30* (1), 45-58.
- Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16* (1), 1.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improvising therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 592–613. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21844>
- Sussman, M.B. (1995). A perilous calling. *The hazards of psychotherapy practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., & Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49 (4), 379–400.
- Vieira, R. C., Ribeiro, A. P., & Serrat, A. C. (2019). Change in well-being in psychoanalytic psychotherapy: The role of patient and therapist factors. *Psychotherapy Research*, 29(1), 1-11.
- Weiss, L. (2004). *Therapist's guide to self-care*. Routledge.
- Willets, L. (2018). *Exploring the impact of personal therapy and factors that affect disclosure of mental health difficulties in applied psychology trainees* (Doctoral dissertation, University of Liverpool).
- Williams, I. A., Richardson, T. A., Moore, D. D., Gambrel, L. E., & Keeling, M. L. (2010). Perspectives on self-care. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5, 321–338.  
<https://doi.org/10.1080/15401383.2010.507700>.
- Witteman, C. L., Bol, N., & Straten, A. V. (2019). "Therapists' adherence to guidelines in everyday practice: A survey among Dutch psychologists." *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1257-1272.
- Zahniser, E., Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training and Education in Professional Psychology*, 11 (4), 283–289.  
<https://doi.org/10.1037/tep0000172>.
- Zarzycka, B., Jankowski, T., & Krasiczyńska, B. (2022). Therapeutic relationship and professional burnout in psychotherapists: A structural equation model approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29 (1), 250-259.

## ANEXOS

**Tabela 9**

*Comparações múltiplas, através do teste Games-Howell, nas variáveis Bem-Estar Psicológico e Autocompaixão e suas subescalas.*

Variável dependente	(I) Terapia Pessoal	(J) Terapia Pessoal	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig	
EBEP Total	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.90370	.87439	.558	
		Frequenta terapia ou frequente e já frequentou terapia	2.91667*	.83700	.002	
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.90370	.87439	.558	
		Frequenta terapia ou frequente e já frequentou terapia	2.01296*	.83961	.048	
	Frequenta terapia ou frequente e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-2.91667*	.83700	.002	
		Já frequentou terapia	-2.01296*	.83961	.048	
	EBEP Domínio do Meio	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.24651	.21314	.482
			Frequenta terapia ou frequente e já frequentou terapia	.58818*	.19885	.011
Já frequentou terapia		Nunca frequentou terapia	-.24651	.21314	.482	
		Frequenta terapia ou frequente e já frequentou terapia	.34167	.18542	.162	

	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.58818*	.19885	.011
		Já frequentou terapia	-.34167	.18542	.162
EBEP Aceitação De Si	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.10904	.16982	.797
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.49516*	.16142	.008
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.10904	.16982	.797
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.38611	.17291	.071
	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.49516*	.16142	.008
		Já frequentou terapia	-.38611	.17291	.071
EBEP Autonomia	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.33161	.19925	.225
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.77374*	.19550	.000
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.33161	.19925	.225
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.44213*	.16926	.028

	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.77374*	.19550	.000
		Já frequentou terapia	-.44213*	.16926	.028
SELFCS Total	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.1882	.1348	.347
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.5435*	.1304	<.001
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.1882	.1348	.347
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.3553*	.1306	.021
	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.5435*	.1304	<.001
		Já frequentou terapia	-.3553*	.1306	.021
SELFCS Autobondade	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.2252	.1626	.353
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.6216*	.1619	<.001
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.2252	.1626	.353
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.3964	.1711	.058

	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.6216*	.1619	<.001
		Já frequentou terapia	-.3964	.1711	.058
SELFCS Autocriticismo	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	-.3558	.1774	.117
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	-.6880*	.1718	<.001
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.3558	.1774	.117
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	-.3322	.1585	.096
	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.6880*	.1718	<.001
		Já frequentou terapia	.3322	.1585	.096
SELFCS Humanidade Comum	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	.1828	.1499	.445
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.4415*	.1508	.012
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.1828	.1499	.1499
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.2587	.1537	.217

	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.4415*	.1508	.012
		Já frequentou terapia	-.2587	.1537	.217
SELFCS Mindfulness	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	-.0559	.1428	.919
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.3298*	.1364	.046
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.0559	.1428	.919
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	.3858*	.1485	.029
	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	-.3298*	.1364	.046
		Já frequentou terapia	-.3858*	.1485	.029
SELFCS Isolamento	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	-.2003	.1703	.471
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	-.4641*	.1642	.016
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.2003	.1703	.471
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	-.2639	.1732	.285

	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.4641*	.1642	.016
		Já frequentou terapia	.2639	.1732	.285
SELFCS Sobreidentificação	Nunca frequentou terapia	Já frequentou terapia	-.2121	.1761	.454
	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia		-.6847*	.1596	.000
	Já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.2121	.1761	.454
		Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	-.4726*	.1606	.012
	Frequenta terapia ou frequenta e já frequentou terapia	Nunca frequentou terapia	.6847*	.1596	.000
		Já frequentou terapia	.4726*	.1606	.012

\*\*p-value<.01; \*p-value<.05

## **Anexo A: Questionário Sociodemográfico**

Nacionalidade:

- Portuguesa
- Outra

Exerce funções em contexto clínico?

- Sim
- Não

Qual é o seu nível académico?

- Estagiário Curricular
- Estagiário Profissional

Qual a faixa etária da população com que trabalha?

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos

Qual é o seu contexto de trabalho?

- Privado (Hospital /Consultório privado/Outro)
- Público (Hospital /Centro de saúde/Clínica/IPSS/Centro de dia/Outro)

Qual é o seu número médio de **casos** atendidos por semana?

\_\_\_\_\_

Qual é o seu número médio de **horas** de trabalho por semana?

\_\_\_\_\_

Género:

- Mulher
- Homem
- Não-binário (e.g., genderqueer; gender fluid)
- Sem género
- Não sei/Prefiro não responder
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Idade:

\_\_\_\_\_

Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Viúvo
- Divorciado

## **Anexo B: Escala de Avaliação de Autocuidado para Psicólogos (EAAP)**

Para cada questão, pedimos que indique com que frequência pratica os comportamentos que lhe serão apresentados. Escolha a alternativa que melhor se ajusta à sua situação, numa escala de 1 (*Nunca*) a 7 (*Sempre*).

1. Cultivo relações profissionais com os meus colegas. 1 2 3 4 5 6 7

2. Evito isolar-me no local de trabalho. 1 2 3 4 5 6 7

3. Partilho os meus stresses de trabalho com colegas de confiança. 1 2 3 4 5 6 7

4. Partilho experiências de trabalho positivas com os meus colegas. 1 2 3 4 5 6 7

5. Mantenho um sistema de apoio profissional. 1 2 3 4 5 6 7

6. Participo em atividades que promovem o meu desenvolvimento profissional. 1 2 3 4 5 6 7

7. Mantenho contacto com organizações da minha comunidade profissional que são importantes para mim. 1 2 3 4 5 6 7

8. Participo em eventos sociais e comunitários relacionados com o trabalho. 1 2 3 4 5 6 7

9. Encontro maneiras de me manter atualizado(a) 1 2 3 4 5 6 7  
ao nível do conhecimento profissional.

10. Maximizo o tempo em atividades profissionais 1 2 3 4 5 6 7  
de que gosto.

11. Passo tempo com pessoas cuja companhia 1 2 3 4 5 6 7  
eu aprecio.

12. Passo tempo com a família ou amigos. 1 2 3 4 5 6 7

13. Procuo atividades ou pessoas com as quais 1 2 3 4 5 6 7  
me sinto confortável.

14. Encontro maneiras de promover um 1 2 3 4 5 6 7  
sentimento de conexão social e de pertença  
na minha vida.

15. Tento manter-me consciente dos meus 1 2 3 4 5 6 7  
sentimentos e necessidades.

16. Monitorizo os meus sentimentos e reações 1 2 3 4 5 6 7  
face aos desafios da minha atividade profissional.

17. Estou consciente dos estímulos que 1 2 3 4 5 6 7  
desencadeiam ou aumentam o stress profissional.

18. Faço um esforço proativo para gerir os 1 2 3 4 5 6 7

desafios da minha atividade profissional.

19. Faço pausas ao longo do dia de trabalho. 1 2 3 4 5 6 7

20. Retiro algum tempo para relaxar todos os dias. 1 2 3 4 5 6 7

21. Evito comprometer-me excessivamente com  
responsabilidades do trabalho. 1 2 3 4 5 6 7

### **Anexo C: Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)**

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a). Deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma das afirmações, observando as seguintes possibilidades:

- 1- Discordo completamente 2 -Discordo em grande parte 3 - Discordo parcialmente  
4- Concordo parcialmente 5 -Concordo em grande parte 6 -Concordo completamente

1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas. 1 2 3 4 5 6

2. Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades. 1 2 3 4 5 6

3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo. 1 2 3 4 5 6

4. Manter relações estreitas com outros tem-me sido difícil e frustrante. 1 2 3 4 5 6

5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida. 1 2 3 4 5 6

6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma 1 2 3 4 5 6

como as coisas correram.

7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim. 1 2 3 4 5 6
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer. 1 2 3 4 5 6
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa. 1 2 3 4 5 6
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades. 1 2 3 4 5 6
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade. 1 2 3 4 5 6
12. Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade. 1 2 3 4 5 6
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes. 1 2 3 4 5 6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça. 1 2 3 4 5 6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida. 1 2 3 4 5 6
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas 1 2 3 4 5 6

e baseadas na confiança.

17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito. 1 2 3 4 5 6

18. Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na minha vida. 1 2 3 4 5 6

#### **Anexo D: Escala de autocompaixão (SELFCS)**

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis? Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala: Quase nunca (1) Raramente (2) Algumas vezes (3) Muitas vezes (4) Quase Sempre (5)

1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações. 1 2 3 4 5
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado. 1 2 3 4 5
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida e pelas quais toda a gente passa. 1 2 3 4 5
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado(a) e desligado(a) do resto do mundo. 1 2 3 4 5
5. Tento ser carinhoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer emocionalmente. 1 2 3 4 5
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação. 1 2 3 4 5
7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu. 1 2 3 4 5
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito 1 2 3 4 5

exigente e duro(a) comigo mesmo(a).

9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece 1 2 3 4 5

tento manter o meu equilíbrio emocional

(controlo as minhas emoções).

10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento 1 2 3 4 5

lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também

sente o mesmo.

11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos 1 2 3 4 5

da minha personalidade que não gosto.

12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na 1 2 3 4 5

minha vida dou a mim próprio(a) a ternura e afeto que necessito.

13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que 1 2 3 4 5

a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.

14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão 1 2 3 4 5

equilibrada da situação.

15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição 1 2 3 4 5

humana.

16. Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto 1 2 3 4 5

fico muito em baixo.

17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim      1 2 3 4 5  
tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).
18. Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar      1 2 3 4 5  
que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.
19. Sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando      1 2 3 4 5  
experiencio sofrimento.
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me      1 2 3 4 5  
levar pelos meus sentimentos.
21. Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando      1 2 3 4 5  
experiencio sofrimento.
22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus      1 2 3 4 5  
sentimentos com curiosidade e abertura.
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.      1 2 3 4 5
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a      1 2 3 4 5  
exagerar a sua importância.
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim      1 2 3 4 5  
tendo a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação      1 2 3 4 5  
aos aspetos da minha personalidade de que não gosto.

## Anexo E: Questionário Relativo à Frequência em Terapia

Recorre, atualmente, a algum tipo de apoio psicológico?

- Sim
- Não

Qual?

- Psicoterapia individual (semanal ou quinzenal)
- Acompanhamento psicológico (1 vez por mês ou menos)
- Terapia de grupo
- Linha telefónica de apoio psicológico
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo recorre a este tipo de apoio? (nº de meses) \_\_\_\_\_

Já recorreu a apoio psicológico no passado?

- Sim
- Não

Qual?

- Psicoterapia individual (semanal ou quinzenal)
- Acompanhamento psicológico (1 vez por mês ou menos)
- Terapia de grupo
- Linha telefónica de apoio psicológico
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Quanto tempo recorreu a este tipo de apoio? (nº de meses) \_\_\_\_\_

## **Anexo F: Checklist de Frequência em Terapia**

O que o motivou a procurar apoio psicológico? (pode seleccionar mais do que um)

- Experienciar pessoalmente terapia, para estar mais familiarizado/a com a prática clínica
- Aprender técnicas aplicadas na prática clínica
- Experienciar estar no lado do cliente
- Problemas no foro pessoal
- Promover o meu autoconhecimento e/ou desenvolvimento pessoal
- Gerir dificuldades no trabalho
- Obter ajuda para uma perturbação mental específica
- Obter ajuda com dificuldades relacionais com família e/ou amigos
- Gerir fase de luto
- Trabalhar um trauma
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## **Anexo G: Informação de Divulgação do Estudo nas Redes Sociais**

Olá a todos,

No âmbito da minha tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, peço a vossa colaboração para o questionário que se encontra no link abaixo.

Estou a estudar a relação entre o autocuidado, a autocompaixão, o bem-estar psicológico e a frequência em terapia em estagiários curriculares e profissionais de Psicologia Clínica.

Caso queiram participar na minha investigação, basta carregar no link e responder a um breve questionário de 15 minutos: [https://lnkd.in/dz\\_fZVBy](https://lnkd.in/dz_fZVBy)

A participação é anónima, confidencial e voluntária e não existem respostas certas ou erradas.

Se puderem ajudar a reencaminhar esta mensagem para outros estagiários curriculares ou profissionais de Psicologia, agradeço.

Obrigada pela vossa colaboração,

Inês Carvalho Araújo

## **Anexo H: Informação de Divulgação do Estudo para Instituições via e-mail**

Excelentíssimo Senhor(a) x,

O meu nome é Inês Carvalho Araújo e sou aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, venho solicitar a divulgação do estudo que estou a conduzir, de forma a reunir mais participantes para a recolha de dados.

Este estudo tem o título de “Casa de ferreiro, espeto de pau? Autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e frequência em terapia em estagiários de Psicologia.” e pretende investigar a relação das variáveis mencionadas anteriormente. Para tal, necessito da colaboração de estagiários curriculares e profissionais em Psicologia Clínica, de nacionalidade portuguesa.

A participação nesta investigação realiza-se num único momento, com uma duração aproximada de 15 minutos e é voluntária, podendo os participantes desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização.

É de salientar que não se anteveem quaisquer riscos ou malefícios na participação no referido estudo e que a confidencialidade e anonimato são mantidos.

Basta partilhar o seguinte link: [https://lnkd.in/dz\\_fZVBv](https://lnkd.in/dz_fZVBv), no qual devem carregar para responder ao questionário.

Para quaisquer informações adicionais, para conhecer os resultados do estudo ou caso deseje informação sobre instituições de apoio psicológico, poderá entrar em contacto, através do seguinte endereço de correio eletrónico: [inestrca@gmail.com](mailto:inestrca@gmail.com).

Aguardo resposta.

Obrigada,

Inês Trigo da Roza Carvalho Araújo

## **Anexo I: Consentimento Informado**

Caro(a) participante: O meu nome é Inês Carvalho Araújo e sou aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, especialidade em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL).

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, docente da FPUL, venho convidá-lo(a) a participar no estudo “Casa de ferreiro, espeto de pau? Autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e frequência em terapia em estagiários de Psicologia.” e, para tal, necessito da colaboração de estagiários curriculares e profissionais em Psicologia Clínica, de nacionalidade portuguesa.

O objetivo deste estudo é compreender a relação entre o autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e frequência em terapia, em estagiários de Psicologia.

Antes de decidir sobre a sua colaboração no estudo, é importante que compreenda os objetivos e procedimentos de este estudo. Por favor, leia atentamente a informação que se segue e não hesite em contactar-me para eventuais esclarecimentos.

A participação nesta investigação realiza-se num único momento, com uma duração aproximada de 15 minutos. A sua colaboração no estudo é voluntária e pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

Não se anteveem riscos ou malefícios que advenham da participação no referido estudo. Será mantida a confidencialidade e o anonimato dos dados, não sendo registada qualquer informação que permita a sua identificação, nem informação que não seja relevante para o estudo. A informação obtida será apenas utilizada no âmbito deste projeto de investigação, sendo tratada de um modo global e não individualizado. No fim da investigação, todos os dados serão destruídos, incluindo o IP. Este estudo decorrerá segundo os princípios éticos nacionais e internacionais aplicados à investigação em Psicologia, tendo sido já aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da FPUL.

Para quaisquer informações adicionais, esclarecimento de dúvidas, para conhecer os resultados globais do estudo, ou caso deseje informação sobre instituições de apoio psicológico/ psicoterapêutico ou

psiquiátrico, poderá entrar em contato, através do seguinte endereço de correio eletrónico:

[inestrca@gmail.com](mailto:inestrca@gmail.com).

Pretende-se que responda de forma espontânea e sincera, selecionando a resposta que melhor se aplica a si; não existem respostas certas ou erradas. Ao prosseguir, garante que tem 18 anos ou mais, que concorda com as informações acima referidas e que aceita colaborar voluntariamente neste estudo. Se desejar ficar com uma cópia deste consentimento informado, por favor faça uma digitalização e poderá imprimir.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Inês Trigo da Roza Carvalho Araújo