

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Religiosidade, vinculação aos pais e vinculação a Deus:
relação com sintomatologia depressiva e bem-estar
psicológico em adolescentes católicos praticantes.**

Paulo Jorge Tassiana Lopes

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Religiosidade, vinculação aos pais e vinculação a Deus:
relação com sintomatologia depressiva e bem-estar
psicológico em adolescentes católicos praticantes.**

Paulo Jorge Tassiana Lopes

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

“Ama e faz o que quiseres. Se calares, calarás com amor; se gritares, gritarás com amor; se corrigires, corrigirás com amor; se perdoares, perdoarás com amor. Se tiveres o amor enraizado em ti, nenhuma coisa senão o amor serão os teus frutos.”

Santo Agostinho

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Bruno Gonçalves, orientador deste trabalho, pelo apoio, compreensão, paciência e ajuda.

Ao padre Gianfranco da Paróquia da Benedita pelo seu apoio ao projeto, à Dona São que foi incansável no seu apoio e cooperação, aos catequistas e animadores dos grupos que generosamente doaram um pouco do seu tempo para me ajudar, aos jovens que se disponibilizaram a cooperar, nada poderia ter sido realizado sem eles.

À irmã Mafalda que me ajudou e incentivou numa fase inicial do projeto.

À Susana Mateus não só pela sua colaboração na secretaria da paróquia mas principalmente pela amizade que se mantém desde o tempo em que primeiro frequentávamos e mais tarde nos tornamos animadores do grupo de jovens.

Ao Grupo de jovens Cristãos da Benedita por tudo o que me deu, pelas amizades que ajudou a construir e que ainda hoje se mantém e pelas experiências enriquecedoras que contribuíram para o meu crescimento pessoal.

Ao João e ao Ricardo pela sua amizade e apoio.

Resumo:

Neste estudo foi investigada a relação entre religiosidade e depressão/bem-estar psicológico numa amostra de adolescentes de uma paróquia portuguesa com participação religiosa ativa. Foram investigadas como variáveis independentes a prática religiosa, força de fé religiosa e vinculação a Deus e foi incluído um questionário de vinculação aos pais. As variáveis foram avaliadas com os seguintes instrumentos: a versão portuguesa das *Scales of Psychological Well-Being - short form* (EBEP), (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997), da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), da *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSOF), da *Attachment to God Scale* (AGS) (Gonçalves & Fagulha, 2015) e do *Adolescent Attachment Questionnaire* (AAQ) (Ribeiro & Sousa, 2002) e o Questionário de Prática Religiosa Atual (Gonçalves & Fagulha, 2012). Foram encontradas correlações positivas e significativas entre bem-estar e as variáveis força de fé religiosa ($r = .22$); vinculação a Deus ($r = .37$) e vinculação aos pais ($r = .37$). Foram igualmente encontradas correlações negativas e significativas entre sintomatologia depressiva e as variáveis vinculação a Deus ($r = -.23$) e Vinculação aos pais ($r = -.27$). A análise de regressão múltipla permitiu concluir que a vinculação a Deus e a vinculação aos pais eram os principais preditores do bem-estar psicológico. As mesmas variáveis e o sexo eram os principais preditores da sintomatologia depressiva. Os resultados sugerem que a força da fé religiosa e a vinculação a Deus têm um efeito promotor do bem-estar e protetor da sintomatologia depressiva nos jovens portugueses católicos praticantes. No entanto estas duas variáveis estão fortemente correlacionadas e, quando introduzimos as duas na análise de regressão, a vinculação a Deus aparece como o preditor mais importante.

Palavras-chaves: Adolescência; bem-estar psicológico; depressão; religiosidade; vinculação; vinculação a Deus.

Abstract:

We studied the relationship between religiosity and depression/psychological well-being in a sample of adolescents from a Portuguese parish with active religious participation. Religious practice, strength of religious faith, attachment to God and attachment to parents were included as independent variables. The variables were measured with the following instruments: The Portuguese versions of the: *Scales of Psychological Well-Being - short form* (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997); the *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D); the *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSOF); the *Attachment to God Scale* (Gonçalves & Fagulha, 2015); the *Adolescent Attachment Questionnaire* (Ribeiro & Sousa, 2002), and a Current Religious Practice Questionnaire, *Questionário de Prática Religiosa Atual* (Gonçalves & Fagulha, 2012). We found positive and significant correlations between psychological well-being and the variable strength of religious faith ($r = .22$); attachment to God ($r = .37$) and attachment to parents ($r = .37$). We also found negative and significant correlation between depression symptoms and the variables attachment to God ($r = -.23$) and attachment to parents ($r = -.27$). A multiple regression analysis showed that attachment to God and attachment to parents were the main predictors of psychological well-being. These two variables and sex were the main predictors of depressive symptomatology. These results suggest that the strength of religious faith and attachment to God have a promoting effect on psychological well-being and protection of depression in Portuguese practicing catholic youth. However, these two variables were strongly correlated and when both were entered in regression analysis, attachment to God emerged as the main predictor.

Keywords: Adolescence; psychological well-being; depression; religiosity; adolescent attachment; attachment to God.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1. Contextualização Teórica.....	2
1.1 Adolescência.....	2
1.2. Depressão.....	5
1.2.1. Depressão na Adolescência.....	6
1.3. Bem-Estar psicológico.....	7
1.3.1. Bem-Estar na adolescência.....	10
1.4. Vinculação.....	11
1.4.1. Vinculação na Adolescência.....	13
1.4.2. Vinculação, Depressão e Bem-Estar.....	14
1.5. Religiosidade.....	18
1.5.1. Religiosidade e adolescência.....	18
1.5.2. Vinculação a Deus.....	18
1.5.3. Religiosidade, Bem-Estar e Depressão.....	19
Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses.....	22
Capítulo 3. Metodologia.....	24
3.1. Participantes.....	24
3.2. Instrumentos.....	24
3.2.1 Questionário sociodemográfico.....	24
3.2.2 Questionário da Prática Religiosa (QPRA).....	25
3.2.3 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).....	25
3.2.4 Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) - (Versão Reduzida).....	26
3.2.5 Questionário de Santa Clara sobre a Força da Fé Religiosa (SCSOF).....	26
3.2.6 Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ).....	27
3.2.7 Questionário de Vinculação a Deus (AGS).....	28
3.3. Procedimento de recolha.....	28
3.4. Procedimento estatístico.....	29
Capítulo 4. Resultados.....	30
4.1. Estatísticas descritivas e comparação entre rapazes e raparigas.....	30
Questionário de Prática Religiosa Atual (QPRA).....	30
Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).....	30
Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) - (Versão Reduzida).....	30
Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (SCSOF).....	30

Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ).....	31
Questionário de Vinculação a Deus (AGS)	31
4.2. Correlações entre as variáveis dependentes e independentes	32
Estudo da normalidade da amostra	32
Correlações no total da amostra.....	32
4.3. Regressão linear múltipla.....	32
Estudo da colinearidade das variáveis	32
Regressão linear múltipla- <i>Backward</i>	33
4.4. Correlações entre as variáveis dependentes e independentes nos rapazes e nas raparigas.....	34
4.5. Correlações entre as escalas e subescalas da AGS e AAQ.....	35
Capítulo 5. Discussão dos resultados	36
Conclusão	41
Referências Bibliográficas	42
Anexo	52

Introdução

A adolescência é referida na literatura, como uma das fases de risco para o desenvolvimento da depressão. Por outro lado a religiosidade aparece como um dos fatores protetores da depressão e promotores do bem-estar. Esta investigação pretende ajudar a colmatar a falta de estudos na população portuguesa sobre o efeito da religiosidade como protetor/promotor da depressão/bem-estar psicológico em adolescentes. A amostra escolhida é constituída por adolescentes com envolvimento na atividade de uma paróquia onde se espera que o fator religiosidade seja mais saliente.

Os objetivos deste estudo passam por explorar variáveis independentes como a prática religiosa, fé religiosa, vinculação aos pais e a Deus com as variáveis dependentes, bem-estar e sintomatologia depressiva numa amostra de adolescentes com participação religiosa ativa.

O presente estudo encontra-se dividido em capítulos: o primeiro capítulo tem como objetivo providenciar um enquadramento teórico relativo às variáveis em análise; no segundo capítulo são apresentados os objetivos da investigação e hipóteses derivadas da teoria, no terceiro capítulo faz-se a caracterização da amostra, apresentação dos instrumentos a serem utilizados e dos procedimentos realizados na recolha de dados; o quarto capítulo apresenta todos os resultados obtidos através da análise estatística realizada; o quinto capítulo apresenta a discussão dos resultados realizada de acordo com os objetivos sendo discutidos outros resultados relevantes que tenham sido encontrados e apresenta sucintamente as conclusões retiradas desta investigação.

Capítulo 1. Contextualização Teórica

A fim de enquadrar conceptualmente este estudo e de o situar relativamente a outras investigações publicadas vamos examinar sucessivamente os tópicos que nos parecem mais relevantes, referindo, em cada caso, alguns aspetos de uma breve revisão da literatura. Começaremos por salientar algumas características da adolescência e das dificuldades com que os adolescentes têm de lidar. Consideraremos depois o problema da depressão, uma das formas de perturbação mais frequentes nestes (e noutros) períodos da vida. O conceito de bem-estar psicológico será abordado de seguida, de certa forma como contraponto da eventual presença de sintomatologia depressiva. Finalmente focaremos a nossa atenção no conceito de vinculação e na relação entre o estilo de vinculação e a depressão ou o bem-estar na adolescência. Concluiremos com o problema mais específico da religiosidade, que procuraremos situar relativamente aos temas anteriormente abordados.

1.1 Adolescência

A adolescência corresponde a um período de transição entre a infância e a idade adulta. Com uma duração de aproximadamente 10 anos, este pode ser dividido numa fase inicial e numa fase final (Green, 2003). Segundo a Organização Mundial de Saúde, cronologicamente a fase inicial encontra-se compreendida entre os 10 e os 14 anos, enquanto a fase final se situa entre os 15 e 19 anos.

Como fase de desenvolvimento e de transição o período da adolescência é caracterizado por uma vasta diversidade de transformações, que se manifestam em diferentes áreas do funcionamento do indivíduo. Transformações que vão atuar quer ao nível do desenvolvimento fisiológico e cognitivo, quer ao nível afetivo e da personalidade.

Várias das alterações começam-se logo a manifestar na fase inicial da adolescência, com a chegada da puberdade. Na puberdade verificam-se grandes alterações a nível fisiológico, associadas às várias transformações corporais subjacentes à transição de um corpo infantil, para um corpo adulto. Estas mudanças por sua vez também se irão relacionar com vários aspetos do desenvolvimento psicossocial, funcionando assim como uma base impulsionadora dos mesmos (Green, 2003).

No que diz respeito ao nível cognitivo, durante a adolescência, verifica-se uma importante mudança, que corresponde à entrada no estágio da Inteligência Formal (Lourenço, 2005). Nesta nova etapa do desenvolvimento observar-se um predomínio do pensamento abstrato, onde as várias operações mentais começam a ultrapassar a dependência de conteúdos concretos. Desta forma, o pensamento caracteriza-se por uma capacidade de inversão do sentido entre o real e possível, onde a realidade é encarada como um conjunto de possibilidades independentes dos contextos. Surge assim a possibilidade de elaborar raciocínios hipotético-dedutivos, proposicionais e a capacidade de combinar de um modo sistemático e exaustivo um conjunto de possibilidades (Lourenço, 2005; Schaffer, 2005). Devido a estas mudanças o indivíduo consegue alargar a sua forma de compreender o mundo e lidar com a realidade.

As várias mudanças características da adolescência vão impulsionar o desenvolvimento e promover alterações noutras áreas do funcionamento, sendo possível observar-se um reforço de aspetos mais autónomos do funcionamento moral (Blos, 1962; Lourenço, 2005). A nível psicossocial e relacional também se verificam várias mudanças, sendo que o aspeto social se torna bastante relevante. Reforça-se a procura de novas experiências, mudanças nos gostos e crenças, neste período da vida em que o adolescente procura consolidar a sua identidade.

Como consequência do reforço do investimento na esfera social começa-se a observar um alargar da esfera relacional do indivíduo. As relações significativas, sobretudo ligadas aos cuidadores primários e à família direta – características da infância – começam a ser complementadas. Desta forma, as relações com os pares, grupos e outros elementos fora da esfera familiar ganham uma nova relevância.

Tendo em conta as várias alterações que ocorrem neste estágio do desenvolvimento, Peter Blos (1967) define a adolescência como um segundo processo de Individuação-Separação, onde existe a aquisição e reestruturação de um *self* mais autónomo. Para tal o adolescente deve passar por um desinvestimento e desidealização das relações parentais, de forma a conseguir encontrar e investir em novas relações, que o ajudem a construir uma nova subjetividade (Blos, 1967, Matos, 2002, Biazus & Ramires, 2012).

No entanto, este processo é gradual e tendo em conta as várias alterações pelas quais o adolescente tem que passar, a família continua a ser uma parte importante no seu

funcionamento psicossocial. Como referem Gómez-Bustamente e Cogollo (2010), a família, apesar de frequentemente questionada pelo adolescente, continua a ser um dos elementos mais importantes na sua rede de apoio social, enquanto espaço contendor de ansiedades.

Resumidamente, segundo Coimbra de Matos (2003) o adolescente vai ter que lidar com vários desafios centrais: 1) ser capaz de adaptar-se e de usufruir de um corpo erótico, desfrutando das suas novas capacidades, em alternativa ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e culpa, aliados ao evitamento, medo e negação; 2) ser capaz de passar do predomínio do amor pelos pais para um amor pelo par sexual, devendo para isto haver uma transformação na relação com os pais, tornando-se esta menos dependente, mais simétrica e madura; 3) ser capaz de ultrapassar o apego pelo passado e explorar o desconhecido, de forma a procurar um novo equilíbrio.

Assim sendo, a adolescência pode ser vista como uma fase de transição, desenvolvimento e florescimento. No entanto, durante esta procura de um novo equilíbrio, podem surgir disrupções.

As novas formas de pensar, os ímpetos relacionados com a procura da autonomia e as mudanças quer relacionais, quer físicas, podem estar na génese de conflitos e dificuldades a nível intra e inter pessoal (Sroufe, 2005). As várias mudanças podem favorecer uma vulnerabilidade narcísica. O processo de Separação e Individuação, bem como a desidealização dos pais e do próprio Self podem favorecer uma crise narcísica, experienciada através de sentimentos de vulnerabilidade e vergonha (Levin, 1971). Coimbra de Matos (2003) afirma que tal como a criança e o adulto o adolescente precisa de criar, manter e regular um narcisismo que dê consistência ao Self.

Apesar destas características gerais, a adolescência é um período que pode ser experienciado de maneiras distintas por indivíduos distintos. Como tal, pode-se verificar a existência de uma grande diversidade de trajetórias adaptativas e não-adaptativas ao longo desta fase do desenvolvimento (Lourenço, 2005; Schaffer, 2005).

Ao abordarem o motivo de alguns indivíduos florescerem, enquanto outros falham neste período, Sroufe (2005) refere que tal está intimamente relacionado com as relações estabelecidas durante a história do desenvolvimento do indivíduo. Ao rever

dados provenientes de mais de uma década de investigação, este autor afirma que um sentimento de valor-próprio e de confiança nos outros, vistos como disponíveis e apoiantes, são fundamentais para um desenvolvimento positivo nesta fase da vida. Assim, continua a ser essencial o estabelecimento de relações positivas (quer dentro, quer fora do meio familiar), onde se possa buscar o apoio necessário para ultrapassar períodos de crise de forma positiva (Matos, 2007).

Por outro lado, a incapacidade de lidar com os vários desafios inerentes a este estágio podem levar a uma má resolução deste. O desenvolvimento normativo é interrompido, destabilizando as relações com o próprio e com os outros, favorecendo assim o aparecimento de psicopatologia.

1.2. Depressão

A depressão é considerada um problema de saúde importante que afeta pessoas, de todas as idades e que promove sentimentos de grande tristeza e isolamento social. Ao longo da história o conceito de depressão tem sido explicado e estudado através de vários paradigmas distintos. Esta apresenta-se como um fenómeno complexo e de difícil explicação. O que promove uma grande variedade de formas de entendimento (Campos, 2009). Millon (1991) afirma, que a depressão pode ser conceptualizada como uma categoria de diagnóstico, como um sintoma, como um afeto, como um traço de personalidade, ou mesmo como um conjunto de estratégias de *coping*.

Apesar de os afetos e sintomas depressivos fazerem parte do nosso dia-a-dia e de uma vivência normal (Gotlib & Hammem, 1992; Lemma, 1996), quando estes se tornam persistentes, ou revelam uma grande intensidade podem tornar-se bastante nefastos e ganhar contornos psicopatológicos.

A depressão como síndrome é definida no DSM 5 como um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer acompanhado por uma série de sintomas adicionais, persistentes no tempo e que levam a disrupções no funcionamento do indivíduo. Promovendo mudanças e manifestações em várias áreas distintas: a) a nível emocional, podem verificar-se sentimentos de tristeza, anedonia, desespero, culpa e desvalorização; b) a nível motivacional, existe um aumento da dependência, baixos níveis de energia, fadiga, apatia, falta de concentração e perda de motivação; c) na esfera cognitiva, é comum encontrarem-se expectativas negativistas, um autoconceito pobre e negativo, uma exacerbação dos problemas, dificuldades em tomar decisões, ideações suicidas,

pensamentos sobre a morte, preocupações excessivas sobre doenças e atribuições excessivas de culpa; d) a nível somático, podem verificar-se perturbações no apetite e alimentação, problemas relacionados com o sono (dificuldades em adormecer, acordares frequentes, ou hipersónias) e reduções na libido.

Do ponto vista psicanalítico ou psicodinâmico a estrutura da depressão é caracterizada por três aspetos centrais – a dependência anaclítica, a baixa autoestima e a culpabilidade (Superego severo) – que explicam o funcionamento relacional e comportamental do depressivo. Nesta perspetiva o fenómeno central responsável pela patologia é a disfunção das relações estabelecidas, o sentimento de perda do amor (real ou imaginado) e todo o sofrimento que essa perda implica (Campos, 2009). A perda é assim o elemento central da depressão, uma vez que na dinâmica depressiva, qualquer perda pode conduzir a um sentimento depressivo. O depressivo perdeu o amor do objeto, fica preso a esta perda e não elabora a sua tristeza, nem a sua raiva contra este objeto, que é posteriormente virada contra o próprio (Matos, 2002; Coelho, 2004). A raiva não elaborada e recalcada cria um ciclo de culpabilidade e ódio para com o outro e o próprio, poluindo o funcionamento do individuo e organizando a estrutura depressiva (Grinberg, 2000, Matos 2002). A temática de perda está sempre presente e vai fragilizar o individuo, deixando-o menos capaz de lidar com as perdas e desafios inerentes ao dia-a-dia.

Segundo Blatt (2008), podem emergir duas formas distintas de depressão, com diferentes características, comportamentos e padrões relacionais: numa das formas predomina a baixa autoestima e a culpabilidade – a depressão introjetiva; e no outro predomina a dependência – a depressão anaclítica. Assim, indivíduos com o polo da dependência mais acentuado revelam-se mais sensíveis a perturbações a nível dos acontecimentos interpessoais, com o predomínio de sentimentos de solidão e de abandono. Por outro lado, indivíduos do polo introjetivo revelam-se mais autocríticos e são mais sensíveis a disrupções a nível da imagem do próprio e das realizações. Predominando neste caso sentimentos de culpa e de vergonha (Blatt, 1974).

1.2.1. Depressão na Adolescência

Atualmente, a adolescência é referida na literatura, como uma das fases de risco para o desenvolvimento da depressão. Os níveis de depressão na população têm a tendência de aumentar com a idade, existindo um aumento considerável durante a

adolescência. No entanto, alguns autores indicam que as perturbações depressivas na adolescência são frequentemente subavaliadas, sendo estimado que entre 70 a 80% dos adolescentes deprimidos não recebem qualquer tipo de tratamento (Keller, Lavori, Beardslee, Wunder & Ryan, 1991).

Como já foi referido, a adolescência como fase do desenvolvimento acarreta vários desafios inerentes ao desenvolvimento, que podem acarretar dificuldades emocionais e comportamentais. Estas, apesar do seu cariz normativo e transitório, podem exceder as capacidades de alguns indivíduos, limitando a sua adaptação e funcionamento (Carvalho, 2007). Assim as lutas pela construção de uma identidade consolidada, a procura de uma maior autonomia e a reestruturação a nível relacional inerentes aos processos de separação/individuação, podem revelar-se difíceis de ultrapassar e estar na origem da emergência de síndromes depressivas na adolescência (Blos, 1967; Eriksson, 1968).

A capacidade de manter um ambiente familiar e social positivo tem-se relevado fundamental para uma resolução positiva dos desafios característicos da adolescência. Têm sido identificados vários fatores de risco para o desenvolvimento de síndromes depressivas na adolescência, nomeadamente: o abuso físico ou sexual; perdas de pessoas significativas; ausência da perceção de apoio; disrupções na comunicação do núcleo familiar; ambientes familiares hostis e conflituosos; sentimentos de rejeição, falta de afeto e de disponibilidade (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes & Rivera, 1997; Velasco & Ojeda, 2009). Por outro lado, a depressão na adolescência pode ela própria ser considerada como um fator de risco para o desenvolvimento de dependência de drogas, problemas a nível social, doenças físicas, dificuldades a nível académico e problemas com a lei (Brito, 2011).

1.3. Bem-Estar psicológico

A depressão pode ser considerada como um dos sinais mais frequentes de mal-estar psicológico. O mesmo problema pode, no entanto ser abordado pelo lado positivo, através do conceito de Bem-estar psicológico. Aliás, como seria de esperar, diversos estudos têm revelado uma associação negativa entre os dois constructos (Kitamura et al., 2004; Ojeda, Velasco e Moyeda, 2011).

O Bem-Estar tem vindo a ser reconhecido como tópicos de importância científica, ao nível da investigação e da intervenção social e clínica (Ryan & Deci, 2001; Fernández-Ballesteros, 2003).

Atualmente os modelos do Bem-Estar organizam-se sobretudo em torno de dois modelos teóricos.

De um lado temos o Bem-Estar Subjetivo, desenvolvido a partir da década de 60, centrado na perspectiva hedónica – onde o Bem-Estar é visto como a avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas a um nível cognitivo e afetivo (Diener, 2000). Este modelo tem como referência as várias experiências emocionais do indivíduo, positivas e negativas, e tem como base os valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais do indivíduo. Existe assim uma avaliação do indivíduo acerca da sua vida, tendo como referência as suas necessidades e experiências emocionais. Desta forma, a satisfação com a vida e o balanço de afetos positivos e negativos são tidos como indicadores específicos da experiência subjetiva de Bem-Estar (Novo, 2005).

Por outro lado, temos o conceito de Bem-Estar Psicológico, desenvolvido por Ryff (1989) na década de 80, centrado no conceito de eudaimonia. Neste modelo o Bem-Estar é compreendido como estando relacionado com a atividade dirigida ao crescimento pessoal, ou a realização do verdadeiro Self, impulsionada pela necessidade de atualizar o potencial humano, de realizar a verdadeira natureza do indivíduo (Novo, 2005). Alguns autores consideram que esta visão é mais abrangente e menos estruturada do que a posição hedónica, já que envolve um conjunto alargado de experiências e mecanismos através dos quais as pessoas alcançam o crescimento psicológico, conferem significado e estabelecem propósitos nas suas vidas (Lent, 2004).

Segundo Ryff (1995), o conhecimento do Bem-Estar não se deve apoiar apenas na ideia que a felicidade pessoal constitui o maior bem de todos os seres humanos, mas sim, nas diversas dimensões subjacentes ao funcionamento psicológico positivo.

O modelo do Bem-Estar Psicológico foi construído com base em vários constructos teóricos – como os de Allport, Erikson, Jahoda, Jung, Maslow, Neugarten e Rogers. Desta forma, o Bem-Estar abrange um conjunto de dimensões que integram os vários elementos das teorias mencionadas. Estas dimensões são: 1) Aceitação de Si; 2)

Relações Positivas com os Outros; 3) Domínio do Meio; 4) Crescimento Pessoal; 5) Objetivos de Vida; 6) Autonomia (Ryff, 1989; Novo 2003).

A Aceitação de Si revela que o indivíduo possui uma atitude positiva para consigo próprio. É capaz de aceitar as suas características positivas e negativas, sentindo-se bem consigo mesmo e com o seu passado. Pelo contrário, uma menor Aceitação de Si significa que o indivíduo não está satisfeito consigo próprio, arrepende-se do seu passado e gostava de ser diferente do que é.

Na dimensão Relações Positivas com os Outros é avaliada a capacidade do indivíduo em manter uma relação próxima e satisfatória com outros. Estas relações devem ter um carácter de mutualidade, existindo uma preocupação com o Bem-Estar do outro, capacidade empática e intimidade. Em sujeitos que não consigam um bom desenvolvimento desta dimensão verificam-se dificuldades em confiar nos outros e de criar relações de proximidade. Existe uma dificuldade de abertura, pouca consideração pelas necessidades dos outros e pouca disponibilidade para fazer compromissos com os outros.

Relativamente à dimensão Domínio do Meio enfatiza-se a capacidade do indivíduo escolher ou criar os meios mais convenientes à sua condição física e mental. Quanto maior a capacidade de manusear o ambiente, maior a probabilidade de se retirar vantagens das oportunidades que surgem no seu dia-a-dia. Um indivíduo com baixo Domínio do Meio terá dificuldades em manusear as tarefas do dia-a-dia, sentir-se-á incapaz de mudar ou melhorar o ambiente à sua volta e não terá um sentido de controlo sobre o mundo externo.

A dimensão de Crescimento Pessoal, relaciona-se com um sentimento de crescimento contínuo e com a capacidade do indivíduo investir em atingir o seu potencial. Existe uma abertura a novas experiências ligadas à necessidade de realização pessoal. Em contrapartida valores baixos nesta dimensão normalmente estão associados a sentimentos de estagnação, aborrecimento e desinteresse pela vida.

Os Objetivos de Vida significam que a pessoa tem e é capaz de estabelecer objetivos para e na sua vida, mantendo um sentido de determinação pessoal face à realização destes. A vida do indivíduo é direcionada por um sentido de orientação e

intencionalidade que enriquecem o seu sentido de vida. No extremo oposto temos aqueles que têm um fraco sentido de vida, com poucos objetivos e sem propósitos.

Finalmente a Autonomia diz respeito à capacidade do sujeito se manter independente e autodeterminado. O sujeito autónomo é capaz de resistir a pressões sociais e comportar-se de forma coerente com os seus critérios e valores pessoais. Pelo contrário, aqueles com baixa Autonomia têm uma elevada preocupação com as expectativas e opiniões dos outros, dependendo sempre dos julgamentos destes para tomarem decisões importantes para a sua vida.

Resumidamente, no modelo do Bem-Estar Psicológico o sentido da felicidade vai além da ideia que esta é um fim, passando a ser considerada como o resultado do desenvolvimento e realização do indivíduo (Ryff & Singer, 1998). Neste modelo o Bem-Estar encontra-se também relacionado com a personalidade e com um desenvolvimento e funcionamento psicológico positivo (Solano, 2009). Abrange assim diversas áreas como a perceção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado e presente e a possível mobilização para um futuro (Novo, 2005).

1.3.1. Bem-Estar na adolescência

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da investigação científica a nível do Bem-Estar nos adolescentes e dos fatores associados a este (Carrasco, 2004).

A adolescência é um período de transição, com tarefas de desenvolvimento específicas. Nesta etapa surgem questões fulcrais como a procura da autonomia, o estabelecimento de relações mais fortes com os pares, que podem colocar algumas dificuldades aos adolescentes (Bizarro & Silva, 2000).

A formação bem-sucedida da identidade tem-se assumido como fulcral para a adaptação do indivíduo adulto às exigências da sociedade. Georgios Vleioras ao visar identificar a relação entre a formação da identidade e o Bem-Estar psicológico em adolescentes verificou que estilos de identidade mais centrados nos processos de formação da identidade (orientação informativa e compromisso) associaram-se positivamente com as dimensões do Bem-Estar Psicológico (Vleioras & Bosma, 2005).

As relações interpessoais aparecem também como um fator de grande peso para o Bem-Estar dos adolescentes (Bourke & Geldens, 2007). A nível familiar a relação com os pais e a existência de um ambiente favorável ao desenvolvimento e integração

social dos filhos parece ter uma influência direta no Bem-Estar destes (Helsen, Vollebergh & Meeus, 2000). Tem-se observado que filhos de pais com estilos caracterizados por uma sensibilidade às necessidades e interesses dos filhos e pela manutenção de um ambiente afetivo caloroso e de aceitação revelam níveis mais elevados de autoconfiança, autocontrole, curiosidade e satisfação com a vida (Sprinthall & Collins, 2003; Papalia, Olds & Feldman, 2004). Por sua vez, a desorganização familiar, a percepção de relações conflituosas com os pais e a presença de problemas sérios do foro familiar proporcionam níveis mais elevados de mal-estar.

1.4. Vinculação

Estas referências à importância das relações familiares na adolescência são melhor entendidas se as enquadrarmos na perspectiva da teoria da vinculação.

A teoria da vinculação mostra a forma como os padrões relacionais formados pelo indivíduo na infância moldam as interações e comportamentos deste ao longo da sua vida. O estilo de vinculação pode ser assim definido como o padrão sistemático de necessidades, expectativas, emoções, estratégias de regulação emocional e comportamentos relacionais, que resultam da internalização de uma história única de experiências de vinculação (Fraley & Shaver, 2000).

A teoria da vinculação começou a ser desenvolvida por John Bowlby como forma de explicar e compreender o efeito duradouro que as relações precoces têm no desenvolvimento da personalidade. Este autor propõe inicialmente que as ligações entre o bebé e a mãe surgem de uma necessidade biológica do bebé se manter próximo de uma figura cuidadora (Cassidy & Shaver, 2008).

Segundo Bowlby, as experiências iniciais com as figuras de vinculação teriam o potencial de formar as expectativas que a criança irá desenvolver relativamente ao seu próprio valor e à disponibilidade e acessibilidade dos outros significativos. A ativação repetida do sistema de vinculação em vários contextos e as respostas dadas pelas figuras de vinculação irão levar à construção de representações mentais destas interações, que são guardadas na memória sobre a forma de Modelos Internos Dinâmicos de Vinculação (Internal Working Models, ou IWM) do Self e dos Outros significativos, que moldam a forma como o sistema de vinculação se irá expressar no futuro (Bowlby, 1973).

As ideias de Bowlby posteriormente influenciaram diversos autores que seguiram o modelo da teoria da vinculação e o refinaram.

Sroufe e Waters, em 1977, redefinem o sistema de vinculação, afirmando que este tem como principal objetivo a manutenção, por parte do indivíduo, de um sentimento de segurança interno. O sistema de vinculação deixa assim de ser visto apenas como uma forma de regular a proximidade física em relação às figuras de vinculação consoante várias pistas externas. Com esta modificação a teoria da vinculação passa a englobar fenómenos internos, salientando-se a sua função de regulação emocional (Fonagy & Target, 2003; Mikulincer & Shaver 2007).

Quando as experiências de vinculação são positivas e as figuras de vinculação se mostram sensíveis e disponíveis permitem ao indivíduo/criança construir representações dos outros (IWM) positivas e a procura de proximidade revela-se uma forma de regulação emocional. As experiências de vinculação positivas durante o desenvolvimento vão também promover uma representação do próprio positiva (amado e capaz) (Mikulincer & Shaver, 2002).

Quando tal não se verifica existe a necessidade de formar estratégias de vinculação secundárias (estilos de vinculação inseguros) para regular os afetos negativos que surgem no sistema de vinculação (Bowlby, 1982).

Inicialmente foram propostos três estilos de vinculação: 1) no primeiro estilo, o *Seguro*, verifica-se por parte da criança uma procura de aproximação para obter conforto da mãe, particularmente após momentos de separação. Mostrando-se a criança reconfortada com este contacto e novamente confiante para explorar o meio envolvente; 2) noutros casos algumas crianças aparentam não se mostrar ansiosas face à separação com a mãe e não procuram aumentar a proximidade com esta após a separação, sendo as crianças pertencentes a este grupo classificadas como *Evitantes*; 3) as crianças pertencentes ao terceiro grupo, denominadas *Ansiosas/Ambivalentes*, revelam-se altamente afetadas pela separação e distância face à figura de vinculação, no entanto mostram-se pouco reconfortadas com a reaproximação desta (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Posteriormente, Main e Soloman (1990) sugerem um quarto grupo, denominado *Desorganizado*, onde são colocadas as crianças que aparentam não ter um estilo de vinculação estável, exibindo comportamentos contraditórios e que se revelam perturbadas no momento da reunião com a figura de vinculação.

Com o continuar do estudo e reelaboração da teoria da vinculação têm verificado o alargar desta teoria de forma a abranger outras fases da vida. Desta forma a teoria da vinculação pode ser empregue para melhor compreender e explicar vários fenómenos do funcionamento e desenvolvimento do adolescente.

1.4.1. Vinculação na Adolescência

Na adolescência ocorrem várias mudanças, nomeadamente a nível do sistema de vinculação. O adolescente tem como tarefa tornar-se menos dependente das figuras de vinculação primárias, o que envolve transformações profundas nas esferas emocionais, cognitivas e comportamentais do sistema de vinculação. Nesta fase dá-se uma maturação a nível da vinculação. Este desenvolve-se e torna-se mais estável tornando-se a base do funcionamento quer a nível familiar, quer fora deste meio (Hesse, 1999; Cassidy & Shaver, 2008).

Assim, é na adolescência que o sistema de vinculação se modifica e perde as características da vinculação infantil, ganhando traços que representam a vinculação do adulto. O adolescente ganha a capacidade de formar relações de vinculações com os pares, sendo que as relações serão a base das relações esperadas num adulto. Estas serão uma importante fonte de intimidade, de feedback social e finalmente transformam-se na capacidade de formar um vínculo numa relação duradoura com um parceiro sexual (Gavin & Furman, 1996; Collins & Laursen, 2000).

Desta forma na adolescência existe um processo de transformação nas relações com as figuras de vinculações primárias. As transformações destas relações em direção a uma maior autonomia faz com que estas se tornem mais simétricas e mais dinâmicas, no sentido em que se torna gradualmente mais possível à díade adolescente-pai/mãe negociar os seus comportamentos dentro desta relação de forma a ter em conta as necessidades de ambos os lados (Kobak & Duemmler, 1994).

Apesar de necessária esta maior autonomia e distância pode ser fonte de desconforto, quer para os pais, quer como para o próprio adolescente. No entanto é esta transformação e a crescente capacidade de a gerir e negociar os possíveis conflitos nesta relação que vão servir de base para o adolescente desenvolver respostas ponderadas e adaptadas que possam ser empregues nesta e noutras relações de vinculação no futuro. A capacidade de manter uma vinculação segura com os pais durante este processo torna-se assim uma base para que o adolescente possa formar relações seguras com

figuras fora do sistema de vinculação primário (Pearson, Cohn, Cowan, & Cowan, 1994).

Uma vez que as figuras parentais continuam a ter um papel fundamental no funcionamento do adolescente, a maioria dos adolescentes quando sujeitos a episódios difíceis e geradores de *stress* volta-se para os pais como forma de apoio (Steinberg, 1990). Assim a capacidade de manter uma vinculação segura com os pais, onde uma maior autonomia se possa desenvolver de forma gradual, apoiada num ambiente onde existe um sentimento de segurança, é uma das bases que favorecem todo o processo de desenvolvimento na adolescência (Cassidy & Shaver, 2008).

A vinculação segura tem-sido considerada como um fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva e tem sido relacionada com o bem-estar. Examinaremos de seguida a relação entre vinculação e depressão e a relação entre vinculação e bem-estar.

1.4.2. Vinculação, Depressão e Bem-Estar

Ao formular a teoria da vinculação Bowlby (1980), sugeriu que a falta de uma vinculação segura na infância, ou adolescência iria contribuir para o desenvolvimento da psicopatologia, nomeadamente da depressão. Esta ligação tem vindo a ser confirmada em diversos estudos.

Vários estudos ao explorarem a associação entre o estilo de vinculação e sintomas de depressão mostram que um estilo de vinculação seguro se associa a níveis de depressão menores, quando comparados com os restantes estilos de vinculação (Shaver & Mikulincer, 2007a).

Segundo a teoria da vinculação isto acontece porque as características inerentes a uma vinculação segura permitem ao individuo encontrar formas mais eficazes de gerir emoções negativas, bem como encontrar estratégias mais adaptativas para lidar com os problemas do dia-a-dia (Mikulincer & Shaver, 2002; Sroufe & Waters, 1977).

Por exemplo, Mikulincer (1998) demonstrou que indivíduos seguros toleram e reconhecem os seus sentimentos de raiva, tendendo a adotar comportamentos construtivos, com o objetivo de reparar as relações, utilizando formas não-hostis de expressar estes sentimentos e procurando estratégias centradas na resolução de problemas. Ao manterem padrões flexíveis de regulação emocional os indivíduos com

histórias de vinculação segura conseguem ser menos vulneráveis às consequências negativas do *stress*. Conseguem manter face às dificuldades (internas e externas) expectativas positivas em relação a Si e aos Outros, aumentando a sua resiliência face a períodos difíceis e conseguindo manter a sua capacidade de estabelecer relações próximas, que servem como uma rede de apoio (Mikulincer & Shaver, 2002).

Pelo contrário, indivíduos com histórias de vinculação insegura envolvem-se mais frequentemente em conflitos e tendem a adotar estratégias mal adaptativas que acabam por agravar sentimentos de *stress* em vez de os mitigarem (Mikulincer & Shaver, 2007). Por exemplo, vários estudos têm demonstrado que indivíduos com estilos de vinculação mais ansiosos tendem a focar-se e ruminar no seu próprio mal-estar e sentimentos negativos, adotando estratégias que exacerbam o seu mal-estar em vez de o diminuírem (Birnbaum Orr, Mikulincer & Florian, 1997; Mikulincer & Florian, 1995). No que toca a indivíduos com características evitantes estes acabam por se tentar distanciar dos problemas e das fontes de *stress*, afastando-se também a nível relacional (Birnbaum et al., 1997; Mikulincer, Florian, & Weller, 1993; Mikulincer & Florian, 1995). Em ambos os casos os possíveis efeitos nefastos destas estratégias menos adaptativas têm sido documentados. No que toca à depressão tem-se verificado que ambos os estilos de vinculação inseguros (Preocupados e Evitantes) se relacionam com traços e sintomas depressivos (Davila, 2001; Murphy & Bates, 1997; Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

A relação entre vinculação e depressão tem sido verificada em estudos sobre amostras de adolescentes, verificando-se uma associação entre o padrão inseguro de vinculação e a depressão (Soares & Dias, 2007; Machado & Oliveira, 2007). As características de uma vinculação insegura na adolescência aparecem assim associadas a um maior risco de depressão.

É expectável que nos casos de vinculação insegura as falhas no sentimento de segurança deixam no adolescente com uma autoestima mais frágil e um ego mais suscetível a sentimentos negativos. Estes fatores juntamente com a menor capacidade dos indivíduos inseguros utilizarem os outros como fonte de apoio e de empregarem estratégias de *coping* eficazes, torna-os mais vulneráveis a desenvolverem sintomas depressivos (Cawthorpe, West & Wilkes, 2004).

Vários aspetos da teoria da vinculação podem e têm sido relacionados com o constructo de Bem-Estar e facetas deste. De acordo com a teoria da vinculação, interações com figuras de vinculação disponíveis e contentoras, contribuem para construção de um sentimento interno de segurança, que por sua vez se associa a uma maior experiência de sentimentos positivos e uma maior capacidade de lidar com emoções negativas (Mikulincer & Shaver, 2008). Desta forma, indivíduos seguros revelam-se mais resilientes ao *stress* e experienciam vários momentos associados a emoções positivas, o que por sua vez irá contribuir para um sentimento de Bem-Estar contínuo e estável (Bonanno, 2004). Ao longo da história de vinculação dos indivíduos seguros as várias relações positivas com as várias figuras de vinculação ajudam a construir sentimentos de esperança e otimismo, o que faz com que estes indivíduos sintam que a maioria dos problemas da vida sejam ultrapassáveis. Estas experiências positivas, permitem ao individuo construir representações positivas acerca dos outros, aumentando a confiança do individuo seguro nos Outros. O individuo seguro ao longo da sua história relacional adquire também uma representação de Si como uma pessoa com valor e capaz (Mikulincer & Shaver, 2008). Resumidamente, as várias facetas associadas a uma vinculação segura vão influenciar positivamente o individuo quer a nível intrapessoal (favorecendo sentimentos internos de Bem-Estar, aumentando a resiliência e facilitando o ajustamento pessoal), quer a nível interpessoal (aumentando a confiança nos outros, melhorando a comunicação e favorecendo relações a capacidade de estabelecer relações positivas).

Vários estudos empíricos têm corroborado estas relações positivas entre a vinculação segura e o Bem-Estar. Na literatura a vinculação segura tem sido assim associada a níveis mais elevados de Bem-Estar-psicológico, enquanto a vinculação insegura se relaciona com níveis mais elevados de *stress* e sentimentos de Bem-Estar mais deteriorados (Mikulincer et al., 1993; Birnbaum et al., 1997; Mikulincer & Florian, 1998).

Para além do Bem-Estar como conceito globalizante, a vinculação segura também aparece na literatura como estando relacionada positivamente com facetas específicas que constituem e contribuem para sentimentos de Bem-Estar Psicológico.

Como já foi referido a vinculação segura favorece que o individuo estabeleça com mais facilidade relações positivas com os outros, sendo capaz de retirar mais

vantagens e uma maior satisfação destas relações. Quando comparados com indivíduos seguros os indivíduos inseguros (quer preocupados, quer evitantes) revelam níveis menores de satisfação e níveis mais elevados de sentimentos negativos nas suas relações (Tidwell, Reis & Shaver 1996; Kafetsios & Nezlek, 2002; Mikulincer & Shaver, 2008). Vários estudos têm demonstrado que a insegurança durante a infância se associa com relações menos satisfatórias e positivas com amigos e pares na adolescência (Weimer, Kerns, & Oldenburg, 2004; Zimmermann, 2004). Scharf e colegas (2004) ao analisarem o efeito de sentimentos de segurança na adolescência também verificaram que estes se relacionam com uma maior intimidade e proximidade nas relações de amizade.

Indivíduos com vinculações seguras vêm-se como pessoas competentes e com valor, o que reforça a sua autoestima e favorece sentimentos de coesão interna. Existe um sentimento que as várias qualidades e experiências de vida do se integram numa estrutura de Self bem integrada, o que realça um sentimento de estabilidade (Mikulincer & Shaver, 2008). Mikulincer (1995) ao comparar adolescentes com vinculações seguras e inseguras, verificou que adolescentes seguros revelam uma maior auto-estima, descrevendo-se de uma forma mais positiva quando comparados com adolescentes inseguros. Esta estabilidade é também observada a nível da capacidade de alcançar um sentimento de identidade estável (Meeus, Oosterwegel, & Vollebergh, 2002). Indivíduos seguros adquirem sentimentos estáveis de autoestima, aceitação do próprio e autoeficácia de uma forma coerente e não-defensiva (Mikulincer & Shaver, 2008).

As características da vinculação segura favorecem a integração e ajustamento da pessoa ao longo da sua vida. Estas características vão assim facilitar o desenvolvimento e favorecer uma integração de várias fases da vida de uma forma mais madura. Quando analisada a capacidade e qualidade de desenvolver e seguir objetivos na vida Mikulincer e Shaver (2007), observam que formas de vinculação insegura se associam com uma menor capacidade de estabelecer objetivos integrados. Para além disto a vinculação segura aparece relacionada com a capacidade de estabelecer objetivos mais adaptativos. Em contrapartida a vinculação insegura associa-se a formas menos adaptativas (Rice & Mirzadeh, 2000).

1.5. Religiosidade

1.5.1. Religiosidade e adolescência

A adolescência é caracterizada por períodos de grande transformação nível religioso, sendo que neste período da vida é comum observarem-se alterações associadas a conversões religiosas e alterações na relação que os indivíduos estabelecem com Deus (Granqvist, 2003).

Vários autores apontam diferentes aspectos para explicar estas mudanças a nível religioso. Por exemplo nesta fase da vida observa-se um aumento da procura de um propósito para a vida, existe uma necessidade de reformular e estabelecer um novo sentimento de identidade e existe uma crescente necessidade de autorrealização, mudanças cognitivas e morais (Cassidy & Shaver, 2008).

Na perspectiva da teoria da vinculação a transição feita em relação às figuras de vinculação pode tornar esta fase um período complexo, com um possível aumento de sentimentos de vulnerabilidade e solidão (devido ao desinvestimento no sistema vinculação das figuras primárias), o que pode favorecer o estabelecimento (ou reforçar) uma relação com Deus como forma de colmatar estes sentimentos (Weiss, 1982).

A adolescência também se caracteriza por um decréscimo de religiosidade durante a transição para a vida adulta, se bem que este decréscimo tem uma grande variabilidade entre indivíduos (Chan et al, 2015)

1.5.2. Vinculação a Deus

A religião ao longo dos tempos tem vindo a ser vista em várias correntes da psicologia e psicanálise, como estando ligada a uma necessidade de proteção e sentimentos de segurança. Várias investigações têm demonstrado que geralmente o indivíduo tem uma maior probabilidade de recorrer a Deus e à religião em momentos de crise (Bjorck & Cohen, 1993). Hood e colegas (1996) ao analisarem estes momentos de crise identificaram três categorias principais: doenças e outros momentos de vida negativos que causem mal-estar físico e/ou psicológico; antecipação da morte ou a morte de alguém próximo; lidar com situações adversas da vida. Quando se comparam estes fatores com os fatores responsáveis pela ativação do sistema de vinculação postulados por Bowlby (1982), verifica-se uma grande semelhança.

Tendo em conta as semelhanças indicadas, Kirpatrick (1992) procurou integrar vários aspetos da pesquisa no âmbito da psicologia da religião de acordo com uma perspetiva centrada na teoria da vinculação (Granqvist, 2010). Segundo a ótica da teoria da vinculação a relação que o indivíduo estabelece com Deus pode ser considerada uma relação de vinculação – servindo esta como uma base segura e onde se podem observar vários aspetos característicos do sistema de vinculação, como a procura de proximidade.

Na relação com Deus, tal como nas outras relações de vinculação, é possível observar diferenças nos padrões relacionais estabelecidos por diferentes indivíduos. Tendo em atenção estas diferenças, surgiram duas hipóteses para explicar as relações entre a religiosidade e as vinculações seguras e inseguras (Kirkpatrick & Shaver, 1990). Segundo estas hipóteses, a relação com Deus pode funcionar de uma forma compensatória – servindo como uma figura de vinculação substituta de figuras passadas, com as quais não foi possível estabelecer uma vinculação segura (Hipótese Compensatória) – ou de uma forma continuada – onde se verifica uma correspondência entre as relações com as várias figuras de vinculação e a relação estabelecida com Deus (Hipótese da Correspondência), diferentes estudos empíricos têm fornecido dados a favor, quer da hipótese de correspondência, quer a favor da hipótese da compensação.

1.5.3. Religiosidade, Bem-Estar e Depressão

A investigação científica tem vindo a reforçar a ligação entre a religião e a saúde mental (Koenig, 2007).

Koenig e colegas (2001) elaboraram uma revisão de vários estudos com o intuito de verificar a conexão entre a religiosidade e a saúde mental. Os resultados desta análise revelaram que indivíduos com um maior envolvimento religioso apresentam menos sintomas depressivos e ansiosos. Mais especificamente, Koenig e colegas, observaram que participantes que têm uma abordagem intrínseca à religião e que estão mais envolvidos nas atividades da comunidade religiosa revelam um menor risco de sofrerem de depressão.

A nível da vinculação a Deus, Shaver e Kirpatrick (1992) reportaram que indivíduos com uma vinculação segura a Deus apresentam menos sentimentos de ansiedade, depressão e solidão que indivíduos com vinculações a Deus inseguras. A vinculação a Deus quando usada de forma compensatória também revela um efeito na manutenção de sentimentos negativos, apesar de o impacto de este efeito não ser tão

forte como o verificado em sujeitos com vinculações seguras nas suas relações pessoais e na sua relação com Deus (Miner, 2009).

No que se refere à relação entre o Bem-Estar psicológico e a religiosidade Pargament (1997) revela que vários aspetos relacionados com a religiosidade se relacionam com resultados psicológicos positivos e com uma melhor eficácia das estratégias de *coping*. Dezutter, Soenens e Hutsebaut (2006), ao investigarem os benefícios do envolvimento religioso na saúde mental, verificaram que indivíduos com uma orientação intrínseca fase à religião apresentam valores significativamente superiores de Bem-Estar-psicológico, quando comparados com indivíduos com orientações extrínsecas. Segundo Batson e colegas, a religião encarada de forma intrínseca liga-se a sentimentos de competência e controlo pessoal, bem como a uma menor influência de sentimentos de culpa e preocupação (Batson, Schoenrade, & Ventis, 1993).

Ao investigarem a relação entre a vinculação e Bem-Estar, Kirkpatrick e Shaver (1990) reportaram que indivíduos com vinculações seguras fase a Deus apresentam níveis superiores de satisfação com a vida. Mais concretamente, indivíduos com valores mais baixos de preocupação e evitação na sua relação com Deus reportam níveis inferiores de neuroticismo e superiores de afetos positivos, otimismo e amabilidade.

Em conclusão, podemos dizer que a adolescência corresponde a uma etapa de desenvolvimento do individuo caracterizada por grandes transformações, quer a nível fisiológico como a nível psicossocial, sendo por isso uma fase de risco para a depressão, situação que é agravada por uma subavaliação da depressão na adolescência já que muitas vezes os sintomas são mascarados pelo comportamento mais errático típico do adolescente.

O bem-estar psicológico constitui, de certa forma, o reverso da depressão. E é de notar que as tarefas da adolescência tendem a coincidir com as dimensões do bem-estar psicológico, aceitação de si, estabelecer relações positiva com os outros, ter um domínio do meio, obter crescimento pessoal, desenvolver objetivos de vida e aumento da autonomia.

Nesta fase de transição existe uma desidealização dos pais, no entanto a família continua a ser parte muito importante no seu funcionamento psicossocial e o tipo de

vinculação existente é um dos fatores mais importantes para promoção do bem-estar psicológico.

Com uma maior maturação e independência surge também um maior questionamento de ideias e crenças obtidas no seio familiar, incluindo as crenças religiosas.

Vários estudos mostram que um maior envolvimento religioso corresponde a um menor risco de depressão. No entanto a maioria desses estudos são com adultos, estudos com adolescentes são mais escassos não tendo sido possível encontrar literatura sobre religiosidade e depressão/bem-estar psicológico com adolescentes portugueses.

A religiosidade pode ser avaliada sob várias perspetivas, sendo particularmente interessante o estudo da vinculação a Deus. A relação entre o estilo de vinculação humana (pais/pares) e o estilo de vinculação a Deus tem sido discutida, mas tudo indica que não são duas variáveis psicológicas independentes; tanto a vinculação segura aos pais/pares como a vinculação segura a Deus têm sido relacionadas com o bem-estar psicológico (Hall, Fujikawa, Halcrow & Hill, 2009). No entanto não fica claro se podem ser consideradas como variáveis distintas. Pode acontecer que a vinculação aos pais/pares seja a variável mais importante e que influencia quer o bem-estar psicológico quer a vinculação a Deus. Neste caso, a eventual correlação entre a vinculação a Deus e o bem-estar seria apenas um efeito indireto resultante do facto de ambas as variáveis dependerem da vinculação aos pais.

No presente estudo, procuraremos analisar o efeito de cada uma destas duas variáveis e verificar se o eventual efeito da vinculação a Deus sobre o bem-estar psicológico e a depressão se mantém quando se procura ter em conta o efeito da vinculação aos pais.

Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses

Este estudo tem como objetivo geral estudar a relação entre práticas religiosas, força de fé religiosa, e vinculação a Deus, por um lado (variáveis independentes), e bem-estar psicológico e sintomatologia depressiva, por outro (variáveis dependentes) numa amostra de adolescentes com envolvimento religioso.

Tendo em consideração o que sabe sobre a importância da vinculação aos pais nesta fase da vida como fator influenciando o bem-estar psicológico e a depressão, a vinculação aos pais foi igualmente incluída entre as variáveis independentes. Pretendia-se estudar a relação entre o estilo de vinculação a Deus e o estilo de vinculação aos pais e avaliar se estas duas dimensões tinham uma influência específica nas variáveis dependentes e, no caso afirmativo, qual era o seu peso relativo.

Tendo em conta este objetivo geral foram formulados os seguintes objetivos e hipóteses:

Objetivo específico 1: Análise da relação entre religiosidade, bem-estar psicológico e depressão. Em geral, espera-se encontrar correlações positivas entre os vários aspetos da religiosidade considerados e o bem-estar psicológico e correlações negativas destes mesmos aspetos com a sintomatologia depressiva.

Hipótese 1a: Espera-se que haja uma correlação positiva entre a pontuação do Questionário de Prática Religiosa Atual (QPRA) e a pontuação nas Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP);

Hipótese 1b: Espera-se que haja uma correlação positiva entre a pontuação do Questionário de Santa Clara sobre a Força de Fé Religiosa (SCSOF) e a pontuação na EBEP;

Hipótese 1c: Espera-se que haja uma correlação positiva entre a pontuação do questionário de vinculação a Deus (AGS) e a pontuação na EBEP.

Hipótese 2a: Espera-se que haja uma correlação negativa entre a pontuação do QPRA e a pontuação na CES-D;

Hipótese 2b: Espera-se que haja uma correlação negativa entre a pontuação do SCSOF e a pontuação na CES-D;

Hipótese 2c: Espera-se que haja uma correlação negativa entre a pontuação do AGS e a pontuação na CES-D.

Objetivo específico 2: Análise da relação entre vinculação aos pais e bem-estar psicológico e sintomatologia depressiva.

Hipótese 3a: Espera-se que haja uma correlação positiva entre a pontuação do questionário de vinculação aos pais (AAQ) e a pontuação na EBEP;

Hipótese 3b: Espera-se que haja uma correlação negativa entre a pontuação do AAQ e a pontuação na CES-D.

Objetivo específico 3: Análise da relação entre a escala de vinculação a Deus e a escala de vinculação aos pais.

Dado que encontramos estudos que apontam em dois sentidos diferentes, as chamadas hipóteses compensatória e hipótese de correspondência, podemos apenas formular uma hipótese alternativa:

Hipótese 4: Espera-se encontrar uma relação entre a pontuação no questionário de vinculação a Deus e a pontuação no questionário de vinculação aos pais: uma correlação positiva tenderá a confirmar a hipótese de correspondência, uma correlação negativa tenderá a confirmar a hipótese compensatória.

Objetivo específico 3: Análise conjunta da prática religiosa atual, força da fé religiosa, vinculação a Deus e vinculação aos pais como determinantes do bem-estar psicológico e da sintomatologia depressiva. Recorrendo a uma análise estatística multivariada, pretende-se verificar se todas estas variáveis podem ser consideradas como preditores do bem-estar psicológico e da sintomatologia depressiva ou se é possível construir modelos mais simples, retendo apenas algumas das variáveis independentes.

Capítulo 3. Metodologia

Este capítulo é composto por quatro pontos. No primeiro é apresentada a caracterização dos participantes, no segundo faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados no presente estudo e no terceiro e no quarto são abordados, respetivamente, o procedimento de recolha de dados e os procedimentos estatísticos.

3.1. Participantes

Participaram neste estudo 93 jovens, 40 rapazes (43.0%) e 53 raparigas (57.0%). A média de idades foi de 15.08 anos ($DP = 1.35$). A maioria dos participantes ($n = 79$; 84.9%) declararam ser católicos praticantes. Apenas 13 (14.0%) declararam ser “católicos não praticantes” e apenas 1 (1.1%) declarou ser “cristão não católico”.

Quadro 1. Características Sociodemográficas da amostra (frequências e percentagens)

	Frequências	Percentagens
Sexo		
Masculino	40	43.0
Feminino	53	57.0
Idade		
14	35	37.6
15	40	43.0
16	9	9.7
18	3	3.2
19	6	6.5
Estatuto religioso		
Católico praticante	79	84.9
Católico não praticante	13	14.0
Cristão não católico	1	1.1
Sacramentos católicos		
Batismo	93	100
Primeira comunhão	93	100
Crisma	80	36.6

$N = 93$

3.2. Instrumentos

3.2.1 Questionário sociodemográfico

Foi elaborado um curto questionário sociodemográfico para recolha dos seguintes dados: idade dos participantes e género.

3.2.2 Questionário da Prática Religiosa (QPRA)

Este é um questionário que tem como objetivo avaliar a história religiosa e a prática religiosa e foi elaborado por B. Gonçalves e T. Fagulha. É de autopreenchimento e na sua versão integral, além de uma pergunta geral sobre a filiação religiosa, contém itens sobre princípios religiosos transmitidos pela família, batismo, outros sacramentos, importância do casamento religioso, importância da transmissão de princípios religiosos aos filhos. Os 5 últimos itens referem-se a participação na missa, frequência da oração, comunhão, confissão e participação noutras atividades da paróquia. A soma da cotação destes constitui uma avaliação da prática religiosa atual. A resposta a cada item é cotada de 0 a 3 e a pontuação total varia de 0 a 15.

Tendo em conta a especificidade da amostra, os itens: importância do casamento religioso e importância da transmissão de princípios religiosos aos filhos foram retiradas do questionário.

3.2.3 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

A escala CES-D (Radloff, 1977) foi construída para uso em estudos epidemiológicos sobre sintomas depressivos na população em geral, mas também é adequada para populações clínicas (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977).

É uma escala sintomática que não se refere a nenhuma teoria específica da depressão e remete para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, ou seja a ideia de um contínuo entre o funcionamento normal e o funcionamento depressivo.

A escala apresenta 20 itens, selecionados a partir de outros itens que constituíam escalas de depressão anteriormente validadas. Como tal, avalia várias componentes da sintomatologia depressiva como, humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações de sono.

As respostas são dadas numa escala de Likert que indicam a frequência dos sintomas na última semana: 0- Nunca ou muito raramente; 1- Ocasionalmente; 2- Com alguma frequência; 3- Com muita frequência ou sempre. As respostas são cotadas de 0 a 3, existindo 4 itens com uma cotação inversa. O resultado final é igual à soma das cotações dos itens, variando entre 0 e 60. Quanto mais elevado for o resultado final maior é a intensidade da sintomatologia depressiva do indivíduo (Gonçalves & Fagulha,

2006). Existe uma versão para crianças, que se distingue sobretudo pela utilização de uma linguagem mais simples: a *Center for Epidemiological Studies - Depression Scale for Children* (CES-DC). Dado que 62.3% dos nossos sujeitos tinham 15 anos ou mais, optámos pela utilização da versão para adultos.

A versão utilizada no presente trabalho, foi traduzida e adaptada em Portugal por Gonçalves e Fagulha (2006).

3.2.4 Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) - (Versão Reduzida)

O Bem-Estar Psicológico foi avaliado através da EBEP-R (Escalas de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida), construída a partir das escalas originais *Psychological Well-Being Scales* (PWBS) de Ryff (1989), adaptadas para português (EBEP) por Novo, Duarte-Silva e Peralta (1997). O Bem-Estar psicológico engloba um conjunto diverso de características de natureza cognitiva e afetiva, as quais são operacionalizadas em seis escalas de autoavaliação que constituem no seu conjunto as Escalas de Bem-Estar Psicológico: 1) Aceitação de Si; 2) Relações Positivas com os Outros; 3) Domínio do Meio; 4) Crescimento Pessoal; 5) Objetivos de Vida; 6) Autonomia (Ryff, 1989; Novo 2003).

A EBEP-R é composta por um conjunto total de 18 itens, correspondendo 3 itens a cada escala. Estes itens apresentam afirmações de carácter descritivo (por exemplo, “Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim”, “Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades”) face às quais os inquiridos devem indicar o seu grau de concordância/discordância numa escala de tipo Likert com 6 possibilidades de resposta, variando entre 1 (discordo completamente) e 6 (concordo completamente). Com resultados que variam entre 3 e 18, o resultado de cada escala é dado pela soma dos itens após a conversão dos itens invertidos (8 dos 18 da EBEP). O resultado da escala completa obtém-se através do somatório das 6 escalas.

3.2.5 Questionário de Santa Clara sobre a Força da Fé Religiosa (SCSOF)

O questionário usado para medir a força da fé religiosa é a versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha do questionário de *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* (SCSOF) elaborado por Plante e Boccaccini (1997). Este questionário permite avaliar a fé religiosa independentemente da religião do indivíduo.

O questionário contém 10 itens, apresentados numa escala de Likert de 4 pontos, no qual 1 representa o “Discordo totalmente” e o 4 representa “Concordo totalmente”.

Os itens são pontuados de 1 a 4, sendo em seguida calculada a pontuação total. Desta forma, um resultado final de 10 corresponderá ao valor mínimo (menor força de fé religiosa) e o resultado de 40 corresponderá ao valor máximo (maior força de fé religiosa).

3.2.6 Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ)

O *Adolescent Attachment Questionnaire* (AAQ) é um questionário desenvolvido com base na teoria, tomando em consideração as dimensões que Bowlby (1973, 1982) considerou fundamentais para uma vinculação segura, e confirmado empiricamente a posteriori por recurso a meios psicométricos convencionais. Foi desenvolvido por West et.al., (1998), tendo por base o AAI (*Adult Attachment Interview*). Os autores começaram por desenvolver itens para várias subescalas.

Bowlby (1973) considera que a figura de vinculação não só deve estar disponível mas também ser percebida como disposta a lidar de forma correta e coerente com problemas na relação. A primeira subescala foi a «Disponibilidade» (*Availability*) que se propõe avaliar em que medida o adolescente tem confiança na figura de vinculação enquanto figura acessível e disponível, de um modo fiável, na maior parte das situações em que necessita dela.

Bowlby identificou a zanga direcionada à figura de vinculação como uma reação à frustração perante desejos e necessidades não satisfeitos na relação; foram desenvolvidos itens para uma segunda escala denominada «Zanga» (*Angry Distress*) que se refere às respostas negativas à perceção de indisponibilidade das figuras de vinculação.

No desenvolvimento da vinculação, Bowlby (1982) fala numa progressão até uma parceria corrigida por objetivos, quando a criança começa a perceber e responder à figura de vinculação como alguém com os seus próprios planos e objetivos, tornando-se mais empática para os seus desejos e sentimentos. A terceira escala desenvolvida pelos autores foi denominada «Parceria Corrigida para Objetivos» (*Goal-corrected Partnership*) que se define como quanto o adolescente tem em consideração as necessidades e sentimentos da figura de vinculação. No final foram mantidos três itens por subescala em que a resposta era dada numa escala ordinal tipo Likert de cinco posições de «concordo totalmente» a «discordo totalmente».

Na versão portuguesa do Questionário de Vinculação para Adolescentes, da autoria de Ribeiro e Sousa (2002) optou-se por uma escala de tipo Likert de sete pontos

(1 – “discordo totalmente”, 2 – “discordo em grande parte”, 3 – “discordo parcialmente”, 4 – “neutro”, 5 – “concordo parcialmente”, 6 – “concordo em grande parte”, 7 – “concordo completamente”). O resultado total é obtido através do somatório dos itens após correção dos itens invertidos (2, 3, 5, 6, 8, 9).

Neste estudo optou-se por manter a cotação dos itens 2, 3, 5, 6, 8, 9 e inverter os itens 1, 4, 7, esta opção foi tomada por uma questão de coerência dos resultados dos vários instrumentos, desta nova forma a uma pontuação mais alta corresponde um melhor ajustamento.

3.2.7 Questionário de Vinculação a Deus (AGS)

O *Attachment to God Scale* (AGS) é um questionário desenvolvido por Rowatt e Kirkpatrick (2002), tendo por base um instrumento construído por Kirkpatrick e Shaver (1992), que é um instrumento categorial em que os respondentes deveriam escolher uma descrição que melhor caracterizasse a sua relação com Deus, sendo classificada a sua vinculação a Deus como segura, evitante ou ansiosa. Medidas categoriais têm algumas limitações psicométricas e os autores separaram 22 frases das descrições para construir uma escala (AGS). Após ser testada em 374 participantes (juntamente com outros 10 instrumentos que foram usados para validar os resultados) os resultados foram analisados tendo sido mantidos 9 itens, o resultado final foi uma escala com duas dimensões, vinculação evitante e vinculação ansiosa, foi verificado que o total da escala tem uma correlação com vinculação segura. A escala tem um total de 9 itens, (6 para a dimensão evitante e 3 para a ansiosa), numa escala ordinal de 7 posições.

A escala foi traduzida para português por Gonçalves e Fagulha (2015) tendo-se optado por escala de tipo Likert de cinco pontos. (1 – “discordo totalmente”, 2 – “discordo parcialmente”, 3 – “neutro”, 4 – “concordo parcialmente”, 5 – “concordo completamente”). O resultado total é obtido através do somatório dos itens após correção dos itens invertidos (itens 2, 3, 5, 7, 8, e 9).

A uma pontuação mais alta corresponde um melhor ajustamento.

3.3. Procedimento de recolha

A amostra foi recolhida em cinco sessões no Centro Comunitário da paróquia da Benedita.

Após autorização do Pároco e da Diocese foram contactados os catequistas e os animadores do grupo de jovens e com o acordo dos mesmos, foram distribuídas as

autorizações de consentimento informado para os pais duas semanas antes das recolhas. O preenchimento foi efetuado numa única sessão do grupo de jovens Cristãos da Benedita. Os alunos do 9º e 10º ano de catequese estão divididos em dois grupos com sessões em horários diferentes, pelo que as recolhas foram feitas nesses dias num total de 4 sessões. Graças a uma colaboração bastante empenhada por parte do pároco, secretaria e catequistas foi possível atingir um nível de participação acima de 90%. Antes de cada recolha foi novamente explicado o procedimento e foi novamente garantida a confidencialidade dos dados. Foi, igualmente, referido que, na eventualidade de alguma dúvida, estaria assegurada a disponibilidade para esclarecimentos por parte do investigador. Todos os questionários foram preenchidos na presença do investigador que respondeu a algumas questões esporádicas.

3.4. Procedimento estatístico

No presente estudo o tratamento estatístico dos dados foi realizado com o Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22).

Capítulo 4. Resultados

4.1. Estatísticas descritivas e comparação entre rapazes e raparigas.

Questionário de Prática Religiosa Atual (QPRA)

Na amostra total, a pontuação média do QPRA foi de 8.01 ($DP = 2.22$). Nos rapazes a pontuação média foi de 7.65 ($DP = 2.03$) versus 8.28 ($DP = 2.33$) para as raparigas. Esta diferença não é estatisticamente significativa: $t(91) = -1.37$; $p = .175$.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

Na amostra ($N = 88$), a pontuação média na CES-D foi de 15.66 ($DP = 8.50$). Nos rapazes a pontuação média foi de 15.03 ($DP = 8.46$) versus 16.12 ($DP = 8.58$) para as raparigas. Esta diferença não é estatisticamente significativa: $t(86) = -0.59$; $p = .555$.

Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) - (Versão Reduzida)

O quadro 2 apresenta a distribuição das pontuações médias e desvio-padrão das Escalas de Bem-Estar Psicológico, para a amostra ($N = 90$) e em função do género.

Quadro 2. Médias e desvio-padrão EBEP

	Total	Rapazes	Raparigas
	$M \pm DP$	$M \pm DP$	$M \pm DP$
EBEP (total)	74.12±11.68	72.85±11.76	75.10±11.65
Autonomia	11.85±2.95	11.88±3.28	11.83±2.70
Controlo do meio	10.96±2.39	10.85±2.44	11.04±2.37
Crescimento pessoal	13.72±2.63	13.35±2.73	14.00±2.54
Relações Positivas com os outros	12.59±2.31	12.25±2.52	12.85±2.12
Objetivos de vida	12.72±3.14	12.43±3.11	12.94±3.18
Aceitação de Si	12.22±2.87	12.21±2.46	12.23±3.17

$N = 90$

Não se observam diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas.

Questionário de Santa Clara sobre a Fé Religiosa (SCSOF)

Na amostra total, a pontuação média do SCSOF foi de 28.66 ($DP = 6.86$). Nos rapazes a pontuação média foi de 27.13 ($DP = 7.22$) versus 29.85 ($DP = 6.39$) para as raparigas. Esta diferença não é estatisticamente significativa, mas encontra-se muito

próxima do limiar de significância¹ (ou seja, poderia ser qualificada como “tendencialmente significativa”): $t(90) = -1.91$ $p = .059$.

Questionário de Vinculação para Adolescentes (AAQ)

O quadro 3 apresenta a distribuição das pontuações médias do AAQ, incluindo-se as suas três dimensões, para a amostra total e em função do gênero.

Quadro 3. Médias e desvio-padrão AAQ

	Total	Rapazes	Raparigas
	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>
AAQ (total)	44.32±9.28	41.95±9.22	46.13±9.00
Zanga	14.30±4.16	13.93±4.07	14.58±4.24
Disponibilidade	13.74±4.17	12.70±3.95	14.54±4.19
Parceria corrigida por objetivos	16.20±3.51	15.33±3.25	16.87±3.57

$n = 92$

Observa-se que as pontuações médias das raparigas, comparativamente às dos rapazes são superiores (a uma pontuação mais alta corresponde um melhor ajustamento), esta diferença é estatisticamente significativa, no resultado total: $t(90) = -2.187$; $p = .031$ e nas dimensões disponibilidade: $t(90) = -2.137$; $p = .035$ e parceria corrigida por objetivos: $t(91) = -2.141$; $p = .035$.

Questionário de Vinculação a Deus (AGS)

O quadro 4 apresenta a distribuição das pontuações médias do AGS, incluindo-se as suas duas dimensões, para a amostra total e em função do gênero.

Quadro 4. Médias e desvio-padrão AGS

	Total	Rapazes	Raparigas
	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>
AGQ (total)	32.26±5.51	30.81±4.93	33.33±5.71
Ansiosa	9.99±2.47	9.75±1.86	10.16±2.84
Evitante	22.33±4.02	21.24±4.07	23.14±3.82

$n = 85$

¹ A comparação dos mesmos resultados com a estatística U de Mann-Whitney dá um resultado significativo: $U = 771.5$; $p = .034$.

As pontuações médias das raparigas, comparativamente às dos rapazes, são superiores (a uma pontuação mais alta corresponde um melhor ajustamento), esta diferença é estatisticamente significativa, tanto no resultado total: $t(83) = -2.128; p = .036$, como na dimensão evitamento: $t(84) = -2.218; p = .029$.

4.2. Correlações entre as variáveis dependentes e independentes

Estudo da normalidade da amostra

Foram feitos testes de normalidade da amostra (em anexo). A distribuição da CES-D afasta-se da normalidade, no entanto uma distribuição enviesada é o esperado numa escala sintomática. Tendo em conta o número de sujeitos, decidiu-se aplicar igualmente provas paramétricas aos resultados da CES-D.

Correlações no total da amostra

O quadro 5 apresenta os valores do coeficiente de correlação de Pearson para o conjunto das variáveis independentes e dependentes.

Quadro 5. Coeficientes de correlação de Pearson

	Prática Religiosa (QPRA)	Escala de bem-estar (EBEP)	Santa Clara (SCSOF)	Vinculação aos pais (AAQ)	Vinculação a Deus (AGS)
EBEP	.17				
SCSOF	.47**	.22*			
AAQ	.01	.37**	.17		
AGS	.38**	.37**	.60**	.19	
CES-D	-.18	-.62**	-.16	-.27*	-.23*

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos
 ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

4.3. Regressão linear múltipla

Estudo da colinearidade das variáveis

Foi feita uma análise da colinearidade das variáveis independentes. A colinearidade existe quando observamos uma forte correlação entre dois ou mais previsores (variáveis independentes); este fato dificulta a avaliação da importância

individual de cada variável. As estatísticas da colinearidade apresentam o fator de inflação de variância (FIV) (se o FIV for superior a 10, há motivos de preocupação, idealmente deve ficar próximo de 1) e a tolerância (1 dividido pelo FIV, deve ser superior a 0.2). Nos dados analisados não foram encontrados problemas de colinearidade, em todos os casos o FIV é inferior a 2 e a tolerância superior a 0.2.

Regressão linear múltipla- *Backward*

Procedeu-se a uma regressão linear múltipla, tomando como variável dependente a pontuação no EBEP (bem-estar psicológico) e, como variáveis independentes, as pontuações no Questionário de Prática Religiosa (QPRA), no Questionário sobre a Força da Fé (SCSOF), o Questionário de vinculação a Deus (AGS), o questionário de vinculação aos pais (AAQ), a idade e o sexo. Foi utilizado o método *backward*. O modelo obtido após cinco passos é apresentado no Quadro 6.

Quadro 6. Regressão linear múltipla – método *backward* – Bem-estar psicológico

Preditores	B	Beta	<i>p</i>
Vinculação aos pais (AAQ)	0.413	0.323	.002
Vinculação a Deus (AGS)	0.630	0.301	.004
R^2	0.235		
$F(2, 79)$	12.110		.000
Constante	35.770		

Procedeu-se a uma regressão linear múltipla, tomando como variável dependente a pontuação na CES-D (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos), como variáveis independentes, as pontuações no (QPRA), no (SCSOF), no (AGS), no (AAQ), a idade e o sexo. Foi utilizado o método *backward*. O modelo obtido após quatro passos é apresentado no Quadro 7.

Quadro 7. Regressão linear múltipla – método *backward* – CES-D

Preditores	B	Beta	<i>p</i>
Vinculação aos pais (AAQ)	-0.244	-0.225	.026
Vinculação a Deus (AGS)	-0.317	-0.213	.057
Sexo	3.752	0.224	.050
R^2	0.132		
$F(3, 76)$	3.841		.013
Constante	30.772		

4.4. Correlações entre as variáveis dependentes e independentes nos rapazes e nas raparigas

Tendo em atenção que se encontraram algumas diferenças nos resultados médios de rapazes e de raparigas, resolvemos, a título exploratório, estudar separadamente as correlações entre variáveis na subamostra de rapazes (Quadro 8) e na subamostra de raparigas (Quadro 9).

Quadro 8. Coeficientes de correlação de Pearson – Rapazes ($n = 40$)

	Prática Religiosa (QPRA)	Escala de bem-estar (EBEP)	Santa Clara (SCSOF)	Vinculação aos pais (AAQ)	Vinculação a Deus (AGS)
EBEP	.18				
SCSOF	.29	.23			
AAQ	.05	.21	.20		
AGS	.41*	.40*	.79**	.21	
CES-D	-.22	-.73**	-.23	-.09	-.25

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Quadro 9. Coeficientes de correlação de Pearson – Raparigas ($n = 53$)

	Prática Religiosa (QPRA)	Escala de bem-estar (EBEP)	Santa Clara (SCSOF)	Vinculação aos pais (AAQ)	Vinculação a Deus (AGS)
EBEP	.08				
SCSOF	.59*	.19			
AAQ	-.07	.48**	.05		
AGS	.31*	.32*	.43**	.09	
CES-D	-.08	-.56**	-.15	-.35*	-.26

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

4.5. Correlações entre as escalas e subescalas da AGS e AAQ

Não tendo sido encontrada uma correlação significativa entre as escalas de vinculação aos pais e a escala de vinculação a Deus, foi efetuada uma análise que inclui as subescalas.

Quadro 10. Coeficientes de correlação de Pearson – AGS - AAQ

	AAQ-total	AAQ- Zanga	AAQ- Disponibilidade	AAQ- Parceria	AGS- total
AGS-total	.19	-.03	.24*	.25*	
AGS-Evitante	.17	-.09	.25*	.24*	.91**
AGS-Ansiosa	.19	.12	.17	.17	.75**

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Capítulo 5. Discussão dos resultados

Neste capítulo, procede-se à discussão dos resultados apresentados, reportando aos objetivos e hipóteses formuladas no capítulo 2.

A amostra usada neste estudo apresenta uma distribuição por sexos quase equilibrada, embora com uma ligeira maioria de elementos do sexo feminino. As idades dos participantes estão entre os 14 e os 19 mas com 80.6% da amostra no intervalo 14 a 15 anos. A amostra revelou-se muito homogênea em relação ao estatuto religioso, com todos os elementos a considerarem-se cristãos e apenas um a considerar-se cristão não católico, todos são batizados e fizeram a primeira comunhão e todos os que já reuniam as condições para o crisma o realizaram.

No que diz respeito às variações em função do sexo, verifica-se que as raparigas obtêm resultados mais elevados em todas as variáveis relacionadas com a religiosidade, sendo a diferença relativa à vinculação a Deus estatisticamente significativa e a diferença na força da fé religiosa muito próxima do limiar de significância (para $\alpha = 0.05$). As raparigas têm igualmente resultados significativamente mais elevados na vinculação aos pais.

Como era de esperar a correlação encontrada entre os resultados da EBEP e a CES-D é forte e negativa e ($r = -.62, p < .001$), indicando que quanto mais elevados são os níveis de bem-estar psicológico mais baixos são os níveis de sintomatologia depressiva.

Em relação aos resultados de prática religiosa (QPRA) e bem-estar (EBEP) esperava-se uma correlação positiva (**Hipótese 1a**). Foi encontrada uma correlação fraca no sentido esperado ($r = .17$). Este valor não é significativo ($p = .105$), pelo que a Hipótese 1a não foi confirmada.

A **Hipótese 1b** foi confirmada já que, tal como previsto, foi encontrada uma correlação positiva entre a pontuação da SCSOF e a pontuação na EBEP ($r = .22, p = .036$). A força de fé religiosa aparece portanto como promotora do bem-estar psicológico.

Também se esperava uma correlação positiva entre os resultados dos questionários de vinculação a Deus (AGS) e a pontuação da EBEP (**Hipótese 1c**). Essa

hipótese foi confirmada, tendo-se obtido uma correlação moderada e significativa ($r = .37, p = .001$) o que indica que uma melhor vinculação a Deus tem um efeito promotor do bem-estar psicológico.

Esperava-se uma correlação negativa entre a pontuação do QPRA e a pontuação na CES-D. (**Hipótese 2a**) a correlação encontrada foi negativa mas fraca e sem significância estatística ($r = -.18, p = .278$), não permitindo confirmar a hipótese de que a prática religiosa tenha efeito protetor da depressão.

Também se esperava uma correlação negativa entre a pontuação do Questionário de Força de Fé Religiosa e a pontuação na CES-D (**Hipótese 2b**), mas mais uma vez se encontrou uma correlação negativa mas fraca e sem significância estatística ($r = -.16, p = .132$), o que não permite confirmar a hipótese.

Uma outra hipótese colocada (**Hipótese 2c**): foi que existiria uma correlação negativa entre a pontuação do questionário AGS e a pontuação na CES-D ou seja que uma melhor vinculação a Deus teria um efeito protetor em relação a sintomas depressivos. Foi encontrada uma correlação negativa significativa ($r = -.23, p = .039$), confirmando a hipótese.

Em todas estas variáveis independentes analisadas (QPRA, SCSOF e AGS) tendo como variável dependente a sintomatologia depressiva foi possível encontrar correlações que apontam no sentido das hipóteses formuladas mas os valores são baixos e apenas com a AGS têm clara significância estatística. Dado que a ocorrência de sintomatologia depressiva depende de muitos outros fatores, não é surpreendente que as correlações observadas sejam fracas. Aliás a literatura refere frequentemente valores desta ordem de grandeza. Mas a literatura aponta ainda outras causas possíveis para a dificuldade em estabelecer uma relação clara entre religiosidade e sintomatologia depressiva. Existem duas hipóteses para a forma como a religiosidade influencia a sintomatologia depressiva (S. Cohen & Wills, 1985) a “direct effect hypotheses” ou “main effect hypotheses” estipula que o efeito protetor da religiosidade está presente em todos os níveis de *stress* ou seja a relação entre o nível de religiosidade e o nível de sintomatologia depressiva é inversa e tem significância qualquer que seja o nível de *stress* que o sujeito experiencie. Por outro lado a “buffering hypotheses” estipula que a relação entre religiosidade e depressão é mais forte em sujeitos que vivenciem ou tenham vivenciado situações de nível elevado de *stress*. Estas duas hipóteses não são

mutuamente exclusivas sendo possível que a religiosidade seja um fator protector da depressão na generalidade dos sujeitos mas que essa relação se acentue ainda mais perante situações de maior dificuldade. Os resultados dos estudos seriam congruentes com estas hipóteses, já que apesar de não mostrarem claramente a religiosidade como fator protetor de sintomatologia depressiva mostraram sempre correlações negativas o que é congruente com a “direct effect hypotheses” não ficando excluída a possibilidade de se encontrarem correlações mais fortes caso os sujeitos estivessem a passar por situações mais difíceis “buffering hypotheses”.

É também de frisar que os estudos que encontraram correlações significativas entre sintomatologia depressiva e religiosidade, como Pokorski e Warzecha (2011), Edmondson, Park, Chaudoir, e Wortmann (2008) entre outros; apresentam frequentemente valores de correlação, na ordem de $\pm r = -.20$.

Era esperada uma correlação positiva entre a pontuação do questionário de vinculação aos pais (a uma pontuação mais alta corresponde um melhor ajustamento) e a pontuação nas Escalas de Bem-estar Psicológico (**Hipótese 3a**). Essa correlação foi encontrada sendo moderada com alta significância estatística ($r = .37, p < .001$), indicando que um pior ajustamento em termos de vinculação tem um impacto negativo no bem-estar psicológico dos adolescentes: este resultado confirma a hipótese e vai de encontro à literatura sobre o tema.

Era igualmente esperada uma correlação negativa entre a pontuação do questionário de vinculação aos pais e a pontuação na CES-D (**Hipótese 3b**), foi encontrada uma correlação negativa significativa ($r = -.27, p = .034$).

Dada a elevada correlação inversa entre bem-estar e sintomatologia depressiva este resultado é congruente com o encontrado na hipótese 3a.

Em relação à correlação entre Vinculação aos pais e a Deus um resultado com uma correlação positiva tenderia a confirmar a hipótese de correspondência ou seja que uma melhor vinculação aos pais corresponderá uma melhor vinculação a Deus, uma correlação negativa tenderia a confirmar a hipótese compensatória, ou seja que jovens religiosos compensam uma pior vinculação aos pais com uma melhor vinculação a Deus (**Hipótese 4**), foi encontrada uma correlação positiva, fraca e que não é estatisticamente significativa ($r = -.19, p = .081$). Este resultado aponta para a hipótese de correspondência mas não permite tirar qualquer conclusão.

Dado que as variáveis independentes, em particular as variáveis relacionadas com a religiosidade, estão correlacionadas entre si, parece útil recorrer a uma análise multivariada a fim de tentar estabelecer quais são as variáveis que melhor permitem prever o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva. Para esse efeito foi utilizada regressão linear múltipla passo-a-passo usando o método *backward* em que inicialmente todas as variáveis independentes são incluídas e testadas sendo retiradas passo-a-passo aqueles com menor poder probabilidade de F mantendo as variáveis com maior poder preditivo até atingir um modelo com os melhores preditores da variável dependente. As variáveis independentes consideradas foram o sexo, a prática religiosa a força de fé religiosa, a vinculação aos pais e a vinculação a Deus.

No caso do bem-estar as variáveis vinculação a Deus e vinculação aos pais explicam 23.5% da variância sendo o modelo estatisticamente significativo $F(2, 79) = 12.110, p < .001$ a equação resultante é: $y = 35.77 + 0.413 (AAQ) + 0.630(AGS)$, ou seja o melhor preditor do bem estar é um melhor ajustamento nestas duas variáveis.

No caso da sintomatologia depressiva entram novamente as variáveis vinculação a Deus e vinculação aos pais mas com a diferença de a variável sexo também fazer parte do modelo preditor, o modelo explica apenas 13.2% da variância sendo estatisticamente significativo $F(3, 76) = 3.841, p = .013, y = 30.772 - 0.317(AGS) - 0.244(AAQ) + 3.752(\text{sexo})$ neste caso o melhor preditor de mais sintomatologia depressiva é a vinculação aos pais e o ser do sexo feminino. A vinculação a Deus embora também entre no modelo final, está ligeiramente acima do limiar de significância.

Analisando separadamente os resultados dos rapazes e os resultados das raparigas foi possível encontrar diferenças entre sexos, na correlação entre AAQ e EBEP, sexo masculino ($r = -.21, p = .195$), sexo feminino ($r = -.48, p < .001$), foi igualmente encontrada uma diferença entre sexos nas correlações entre AAQ e CES-D, sexo masculino ($r = -.09, p = .603$), sexo feminino ($r = -.35, p = .011$), levando a considerar que na amostra tanto a relação entre a vinculação aos pais e o bem-estar como a relação entre vinculação aos pais e depressão é muito mais estreita nas raparigas do que nos rapazes.

Como vimos anteriormente (hipótese 4) os totais dos questionários de vinculação aos pais e vinculação a Deus têm correlação sem significância estatística,

mas fazendo uma análise mais profunda, usando as respectivas subescalas é possível encontrar resultados significativos. As hipóteses de correspondência e de compensação pressupõem uma relação entre vinculação aos pais e a Deus, sendo a vinculação a Deus variável dependente da vinculação aos pais, indo compensar ou corresponder ao tipo pré-existente de vinculação aos pais.

Da forma como as escalas estão construídas e cotadas um resultado mais elevado corresponde a um melhor ajustamento tanto nos totais como em todas as subescalas.

Os resultados mostram que duas das três dimensões da escala de vinculação aos pais apresentam correlações significativas com o total e a subescala evitamento da AGS (este paralelismo é justificado pela correlação quase perfeita entre o total e a subescala evitamento da AGS: ($r = .91, p < .001$)).

Foram encontradas correlações significativas entre evitamento e disponibilidade: ($r = .25, p = .019$), evitamento e parceria corrigida para objetivos: ($r = .24, p = .026$) sendo que entre evitamento e a dimensão zanga a correlação não é significativa: ($r = .09, p = .425$)

Concluindo-se que a ausência ou menor frequência de respostas negativas à percepção de indisponibilidade das figuras de vinculação (zanga) não é preditor de uma melhor vinculação a Deus (menos evitante). Pelo contrário uma maior confiança na figura de vinculação enquanto figura acessível e disponível (disponibilidade), e a consideração que o adolescente tem em relação as necessidades e sentimentos da figura de vinculação (parceria corrigida por objetivos), são preditores de uma melhor vinculação a Deus.

Este resultado clarifica um pouco mais a análise da Hipótese 4 não a provando mas apontando para a hipótese de correspondência com algumas dimensões da vinculação aos pais.

A existência de uma correlação entre pelo menos algumas dimensões da vinculação aos pais e a vinculação a Deus, pode levantar o problema já referido sobre a interpretação das correlações observadas entre estas duas variáveis e o bem-estar psicológico ou a sintomatologia depressiva. A análise de regressão múltipla efetuada permitiu verificar que, mesmo quando se tem em conta o efeito da vinculação aos pais, a vinculação a Deus continua a ter um efeito significativo sobre o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva. Pelo contrário, focando-nos agora apenas no efeito das variáveis relacionadas com a religiosidade sobre o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva, verificou-se que, quando se tem em conta a vinculação a

Deus, o efeito da força da fé religiosa (ou da prática religiosa atual) deixa de ser significativo. Ou seja, a vinculação a Deus parece ser a dimensão essencial quando se trata de analisar o efeito da religiosidade sobre o bem-estar psicológico e a sintomatologia depressiva.

Conclusão

Dadas as limitações de um estudo com uma amostra relativamente pequena e de uma paróquia específica, logo não representativa da população de adolescentes católicos, temos de ser prudentes na generalização das conclusões. No entanto os resultados sugerem algumas relações interessantes.

Apesar de as correlações serem fracas existe uma tendência de a religiosidade ter um efeito positivo no bem-estar e inverso na depressão, esta tendência é mais notória na promoção do bem-estar do que na prevenção de sintomatologia depressiva.

Entre as variáveis estudadas uma melhor vinculação aos pais é a fator com mais impacto no bem-estar e prevenção da depressão. Nas variáveis relacionadas com religiosidade a vinculação a Deus surge como aquela que claramente se destaca (mais do que a força da fé ou a prática religiosa) como fator promotor do bem-estar psicológico nos adolescentes, apresentando maiores e mais significativas correlações com bem-estar e inversamente com a depressão.

Uma conclusão geral que se pode tirar do estudo é que tendo bem-estar psicológico/sintomatologia depressiva causas multifatoriais, em que outras variáveis como o caso da vinculação aos pais tem uma correlação muito forte, a religiosidade parece realmente ter uma influência positiva em termos psicológicos.

No geral os resultados são promissores, levando a crer que este tema merece um estudo mais abrangente em que se utilizem amostras maiores e mais representativas e se compare adolescentes com prática religiosa com adolescentes sem prática religiosa.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. S. & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach To Personality Development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443
- Batson, C., Schoenrade, P., & Ventis, W. (1993). *Religion and the individual: A social psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Biazus, C., & Ramires, V. (2012). Depressão na adolescência: Uma problemática dos vínculos. *Psicologia em Estudo*, 17(1), 83-91.
- Birnbaum, G., Orr, I., Mikulincer, M., & Florian, V. (1997). When marriage breaks up: Does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 643–654.
- Bizarro, L. & Silva, A. (2000). *Estudo do bem-estar psicológico durante a adolescência*. Comunicação apresentada no I Congresso Hispano-Português de Psicologia, Espanha.
- Bjorck, J. P., & Cohen, L. H. (1993). Coping with threats, losses, and challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 56–72.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. (2008). *Polarities of Experience - Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of Child*, 22, 162-186

- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Bourke, L., & Geldens, P. (2007). Subjective wellbeing and its meaning for young people in a rural Australian center. *Social Indicators Research*, 82, 165-187.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bravo, L. G., & Tapia, L.M. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la Comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1), 5-14.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 208-214.
- Campos, R. (2009). *Depressivos Somos Nós - Considerações sobre a Depressão, a Personalidade e a Dimensão Depressiva da Personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Carrasco, M. (2004). *El bienestar psicològic en l'adolescència: La perspectiva de les ciències de la complexitat*. Tese de Doutoramento: Universidade de Girona.
- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, Temperamento e Processamento da Informação: implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência*. Tese Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade do Minho.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Cawthorpe, D., West, M., & Wilkes, T. (2004). Attachment and Depression: The Relationship Between the Felt Security of Attachment and Clinical Depression Among Hospitalized Female Adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 13, 2, 31-35.

- Chan, M., Tsai, K., Fuligni, A. (2015). Changes in religiosity across the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol 44(8), Aug, 2015. pp. 1555-1566.
- Coelho, R. (2004). *Depressão, perspectiva psicodinâmica*. Lisboa: Lidel
- Cohen, S, & Wills, T.A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*. 98 (2): 310–357
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *Vária: Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Collins, W & Laursen, B. (2000). Adolescent relationships: The art of fugue. In C. Hendrick & S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 59–69). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davila, J. (2001). Refining the association between excessive reassurance seeking and depressive symptoms: The role of related interpersonal constructs. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20,538–559.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40, 807-818.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). (2013). Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43
- Emmons, R.A. & Paloutzian, R.F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377-402.

Edmondson, D., Park, C. L., Chaudoir, S. R., & Wortmann, J. H. (2008). Death Without God: Religious Struggle, Death Concerns, and Depression in the Terminally Ill. *Psychological Science, 19*(8), 754-758.

Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. Oxford, England: Norton & Company.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.

Fernández-Ballesteros, R. (2003). Light and dark in the psychology of human strengths: The example of psychogerontology. In L. Aspinwall & U. Staudinger, *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 131-147). Washington, DC: American Psychological Association.

Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr.

Fraley, R., & Shaver, P. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*, 132–154.

Freud, S. 1957. In J. (Strachey, *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 141-158). London: Hogarth Press.7

Gavin, L., & Furman, W. (1996). Adolescent girls' relationships with mothers and best friends. *Child Development, 67*(2), 375–386.

Gómez-Bustamante, E., & Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública, 12*(1), 61-70.

Gotlib, I. & Hammen, C. (1992) *Psychological Aspects of Depression: Towards a Cognitive-Interpersonal Integration*. Chichester: Wiley

Granqvist, P. (2002). Attachment and religiosity in adolescence: Cross-sectional and longitudinal evaluations. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 260-270.

Granqvist, P. (2003). Attachment theory and religious conversions: A review and a resolution of the classic and contemporary paradigm chasm. *Review of Religious Research, 45*, 172–187.

- Granqvist, P. (2010). Religion as Attachment: The Godin Award Lecture. *Archive for the Psychology of Religion* 32 (2010) 5-24
- Green, V. (2003). *Emotional development in psychoanalysis, attachment theory, and neuroscience: Creating connections*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hall, T., Fujikawa, A., Halcrow, S., & Hill, P. (2009). Attachment to God and Implicit Spirituality: Clarifying Correspondence and Compensation Models. *Journal of Psychology and Theology* 2009, Vol. 37, (4), 227-242.
- Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (3), 319-335.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395–433). New York: Guilford Press.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64-74.
- Hood, R., Spilka, B., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion: An empirical approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kafetsios, K., & Nezlek, J. B. (2002). Attachment styles in everyday social interaction. *European Journal of Social Psychology*, 32, 719–735.
- Keller, M., Lavori, P., Beardslee, W., Wunder, J. & Ryan, N. (1991) Depression in children and adolescents; new data on “undertreatment” and a literature reviews on the efficacy of available treatments. *Journal of affective Disorders*, 21, 163-171.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 315–334.

- Kitamura, T., Kishida, Y., Gatayama, R., Matsuoka, T., Miura, S. & Yamabe, K. (2004). Ryff's psychological well-being inventory: Factorial structure and life history correlates among Japanese university students. *Psychological Reports, 94*, 83-103.
- Kobak, R., & Duemmler, S. (1994). Attachment and conversation: Toward a discourse analysis of adolescent and adult security. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 121-149). London: Jessica Kingsley.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: Uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 5-7.
- Lemma, A. (1996). *Introduction to psychopathology*. London: Sage Publications.
- Lent, R. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counselling Psychology, 51*(4), 482-509.
- Levin, S. (1971). The psychoanalysis of shame. In Socarides, C.W. (ed.), *The World of Emotions: Clinical Studies of Affects and their Expression*. New York: International Universities Press.
- Lourenço, O. (2005). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo: Teoria, dados e implicações* (2ª edição, nova reimpressão). Coimbra: Almedina.
- Machado, T. S., & Oliveira, M. (2007). A vinculação aos pais em adolescentes portugueses: O estudo de Coimbra. *Psicologia da Educação, VI*(1), 97-115.
- Machado, W., & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de psicologia, Campinas, 29*(4), 587-595.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the Preschool Years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Meeus, W., Oosterwegel, A., & Vollebergh, W. (2002). Parental and peer attachment and identity development in adolescence. *Journal of Adolescence*, 25, 93–106.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2002). Attachment related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161.
- Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203–1215.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513–524.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1995). Appraisal and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 408–416.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143–165). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007a). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). Contributions of attachment theory and research to motivation science. In J. Shah & W. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817–826.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24-35.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternative and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.

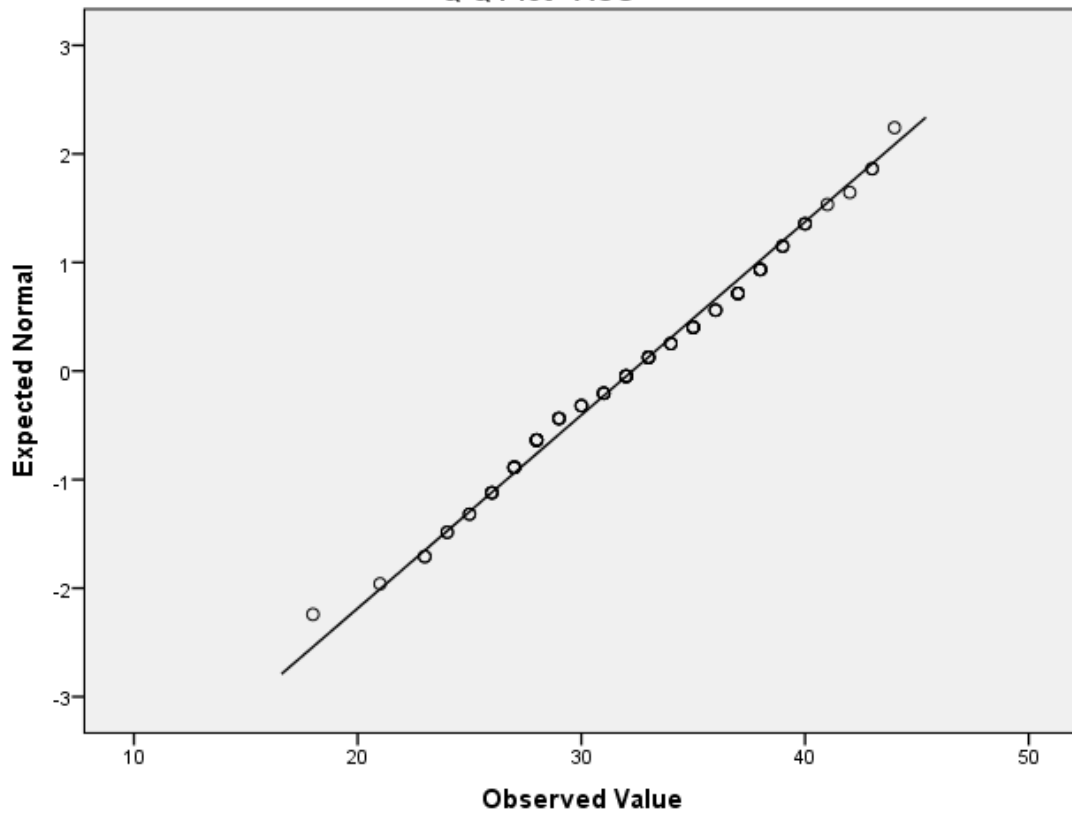
- Miner, M. (2009). The Impact of Child-Parent Attachment, Attachment to God and Religious Orientation on Psychological Adjustment. *Journal of Psychology and Theology*, 37(2), 114-124.
- Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22, 835–844.
- Novo, R. (2003). Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Coimbra: FCG e FCT (Original de 2000).
- Novo, R. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20(2), 183-203.
- Ojeda, F. , Velasco, A., & Moyeda, I. (2011). Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Ibero Americana*, 19(2), 27-37.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R. D. (2004). *Human development* (9ª edição). New York: McGraw Hill.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Pearson, J., Cohn, D., Cowan, P., & Cowan, C. (1994). Earned- and continuous-security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*, 6(2), 359–373.
- Pokorski, M., & Warzecha, A. (2011). *Depression and religiosity in older age*. *Eur J Med Res European Journal of Medical Research*, 16(9), 401.
- Rice, K. G., & Mirzadeh, S.-A. (2000). Perfectionism, attachment, and adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 238–250.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 69-85.

- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104;
- Schaffer, D. (2005). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo.
- Scharf, M., Mayseless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Developmental Psychology*, 40, 430-444.
- Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Solano, A.C. (2009). El bienestar psicológico: Cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 23(3), 43-72.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma visão desenvolvimentista* (3ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sroufe, L. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184, 1199.
- Sroufe, L. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Steinberg, L. (1990). Interdependency in the family: Autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. In S. S. Feldman & G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L. (2005). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Tidwell, M., Reis, H., & Shaver, P. (1996). Attachment, attractiveness, and social interaction: A diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 729-745.

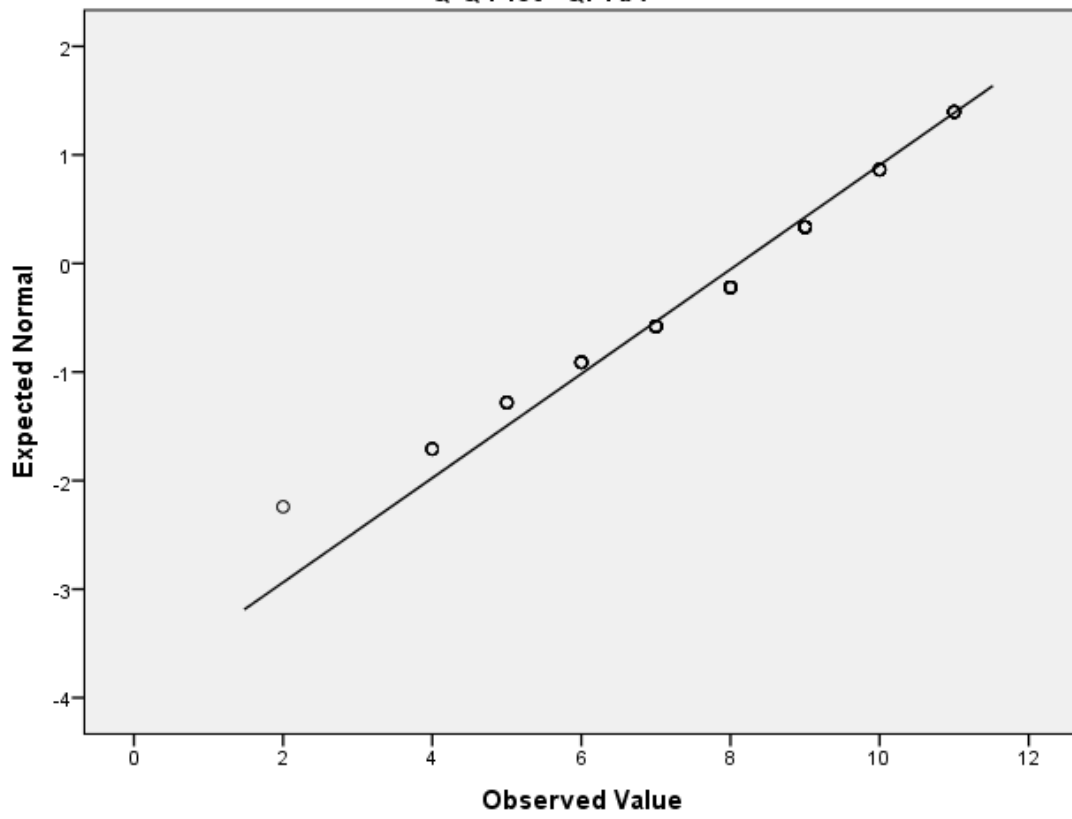
- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. & Rivera, E. (1997). "La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes", *Salud Mental*, 20 (2), 21-27.
- Vleioras, G. & Bosma, H.A. (2005). Are identity styles important for psychological well-being? *Journal of Adolescence*, 28 (3), 397-409.
- Weimer, B., Kerns, K., & Oldenburg, C. (2004). Adolescents' interactions with a best friend: Associations with attachment style. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 102–120.
- Weiss, R. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171–184). New York: Basic Books.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83–101.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 549-564.
- Zuroff, D. C., & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 253–365.

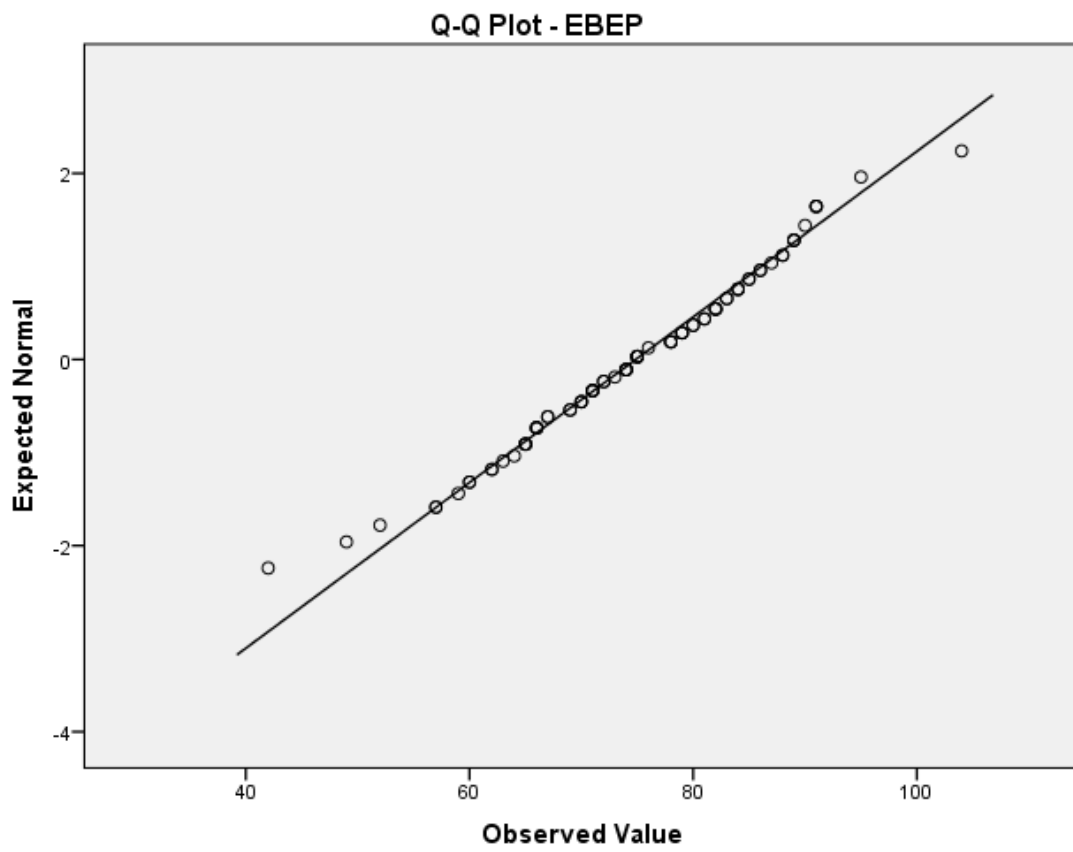
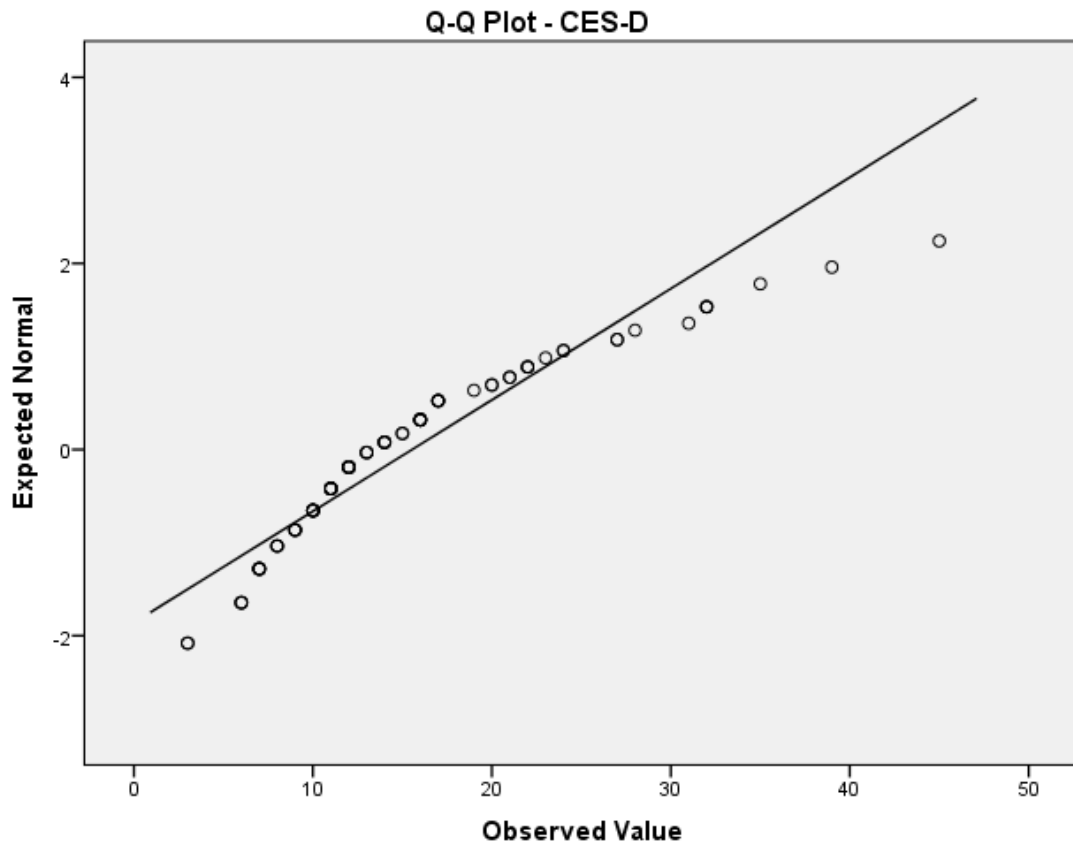
Anexo

Q-Q Plot - AGS

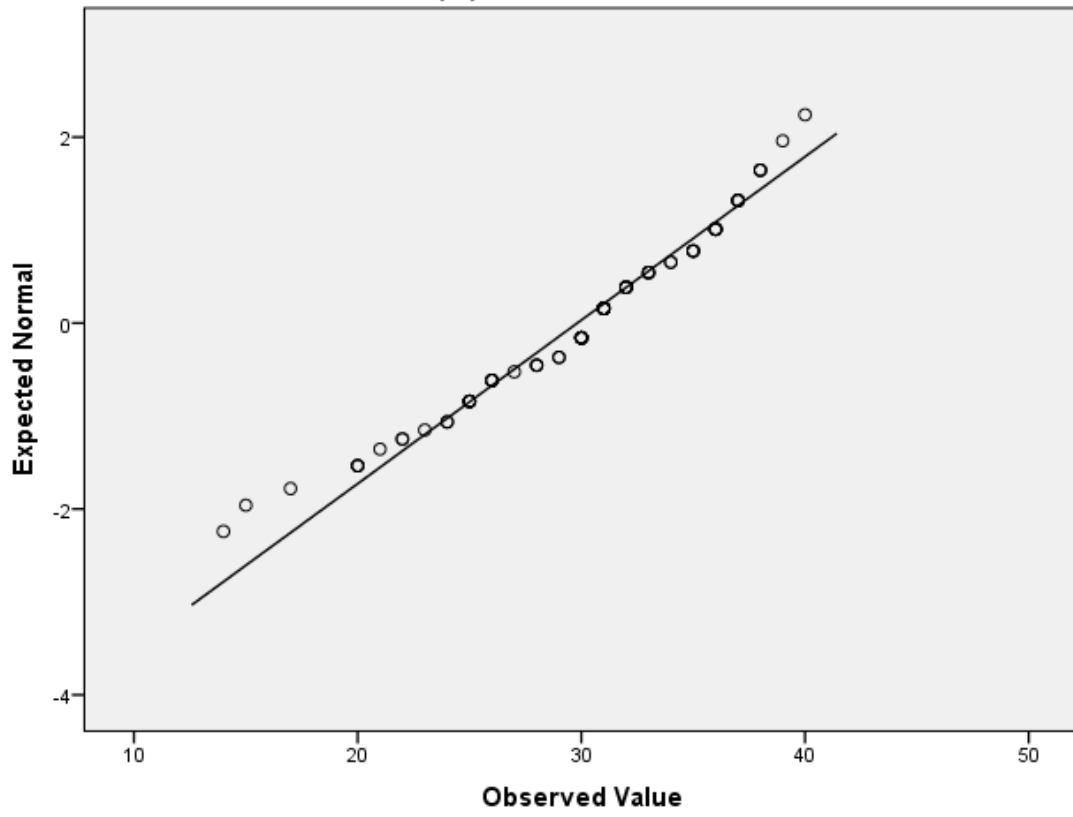


Q-Q Plot - QPRA





Q-Q Plot - SCSOF



Q-Q Plot - AAQ

