

Miguel Veiga Mateus Vaz do Castelo

**Relações entre motivações interpessoais,
sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na
comunidade portuguesa**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Bruno Faustino

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2024**

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Miguel Veiga Mateus Vaz do Castelo

**Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia,
bem-estar e distress numa amostra na comunidade
portuguesa**

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 23/05/2024, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º 464 de

2023, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª. Doutora Bárbara Gonzalez

Arguente: Prof^ª. Doutora Isabel Santos

Orientador: Prof. Doutor Bruno Faustino

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2024**

Agradecimentos

Ao chegar ao fim deste meu percurso, Licenciatura e Mestrado, não posso deixar de agradecer a todos os que fizeram este caminho a meu lado ou à distância de um ou vários telefonemas, que acreditaram nas minhas capacidades e me apoiaram incondicionalmente para agora, neste momento, estar finalmente aqui!

A realização deste trabalho foi o culminar de anos de trabalho, empenho, dedicação e esforço que não teria sido possível sem o apoio das mais variadas pessoas, desde família e amigos a colegas e professores.

Agradeço ao meu orientador académico, Professor Doutor Bruno Faustino, pela permanente disponibilidade neste meu percurso, sempre escutando, transmitindo conhecimentos, valores, experiências e uma permanente atitude empreendedora e entusiasta pela investigação.

Aos meus pais, Ana e Pedro, à minha mulher Sofia e aos meus filhos Afonso e Frederico que serão sempre o meu porto seguro e me apoiaram neste último ano com motivação e permanentes reforços positivos. À minha avó e meu avô, que onde estejam sintam de igual forma mais esta etapa concluída.

Aos meus professores, todos no geral, sem especificar nenhum nome em concreto, obrigado a todos pela partilha de conhecimentos e competências ao longo da licenciatura e mestrado. A vós devo este final de percurso pelo profissionalismo, dedicação, flexibilidade e preocupação.

À Dra. Carla Madeira que desde o primeiro dia que decidi retomar a licenciatura foi o meu norte, sul, este e oeste escolar. Sempre disponível e profissional, com um sorriso rasgado, pronta para me ajudar e aconselhar. Obrigado, por todas as vezes que ouviu as minhas dúvidas, acalmou os meus receios, incentivou a continuar em frente e sempre acreditando nas minhas capacidades. A si também devo este final de percurso.

Às minhas colegas de seminário de Dissertação, pelas gargalhadas, companheirismo, nos bons e maus momentos e por toda a ajuda dada nas dezenas de dúvidas estatísticas.

A todos os meus amigos obrigado. Pelas horas de conversa, pelas chamadas não atendidas, pelo padrão de “Já te ligo” e só retornar duas semanas depois, pelos encontros adiados “Só posso combinar daqui a dois meses...” sem nunca desistirem de mim ou cobrarem a minha atenção, apoiando este meu percurso.

A ti Sérgio por me acompanhares neste ano, difícil e desafiador para ambos, sempre disponível para ajudar e ouvir. Obviamente que não podia deixar de dizer: “Acabou o Mestrado...Copo meio cheio...para o ano termos mais tempo...”

A todos os meus amigos, colegas e família que aceitaram participar neste estudo, obrigado pela vossa paciência e dedicação.

A todos os que acompanharam estes anos, muito obrigado!

Resumo

As motivações interpessoais podem ser definidas como um conjunto de motivos filogenéticos evoluídos e desenvolvidos para atingir determinados padrões sociais. A perspetiva evolucionista das emoções e motivações humanas postula que todas as interações interpessoais são moldadas por um conjunto de mentalidades sociais. Através da *Social Mentalities Scale* (SMS) são sugeridos seis sistemas motivacionais interpessoais: Insegurança, Pró-Sociabilidade, Agonismo, Pertença, Sexualidade e Jogo Social. De acordo com vários modelos teóricos estes sistemas são descritos como essenciais para o bem-estar psicológico e saúde mental. O objetivo do presente estudo, transversal e que considera uma amostra de 131 adultos de ambos os géneros e de língua portuguesa, consiste em correlacionar os sistemas motivacionais com sintomatologia, bem-estar e *distress* e verificar se a escala de Insegurança da SMS mediava a relação entre o Bem-Estar Psicológico e o Índice Geral de Sintomas (IGS) do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Foram aplicados os instrumentos BSI, Inventário de Saúde Mental (ISM) e SMS. Os resultados demonstram que as mentalidades sociais de Insegurança, Agonismo e Pertença assumem um papel relevante no Bem-Estar Psicológico, *Distress* e sintomatologia, realçando-se que a Insegurança é um preditor significativo positivo no IGS.

Palavras-Chave: Motivações interpessoais, Mentalidades sociais, Sintomatologia, Bem-estar psicológico, *Distress* psicológico.

Abstract

Interpersonal motivations can be defined as a set of phylogenetic motifs evolved and developed to achieve certain social standards. The evolutionary perspective on human emotions and motivations postulates that all interpersonal interactions are shaped by a set of social mentalities. Through the Social Mentalities Scale (SMS), six interpersonal motivational systems are suggested: Insecurity, Pro-Sociability, Agonism, Belongingness, Sexuality, and Playfulness. According to several theoretical models, these systems are described as essential to psychological well-being and mental health. The objective of this cross-sectional study, which considers a sample of 131 Portuguese-speaking adults of both genders, is to correlate the motivational systems with symptomatology, well-being, and distress and verify whether the SMS Insecurity scale mediated the relationship between Psychological Well-Being and the General Symptom Index (IGS) of the Psychopathological Symptom Inventory (BSI). The BSI, Mental Health Inventory (ISM) and SMS instruments were applied. The results show that social mentalities of Insecurity, Agonism and Belongingness have a relevant role on Psychological Well-Being, Distress and Symptomatology, highlighting that Insecurity is a significant and positive predictor on the IGS.

Keywords: Interpersonal motivations, Social mentalities, Symptomatology, Psychological well-being, Psychological distress.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

ISM - Inventário de Saúde Mental

SMS- Escala de Mentalidades Sociais

BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

SOM- Somatização

OBS- Obsessão-Compulsão

INS- Sensibilidade Interpessoal

DEP- Depressão

ANX- Ansiedade

HOS- Hostilidade

PHOB- Ansiedade Fóbica

PAR- Ideação Paranoide

PSY- Psicoticismo

AAS-R- Adult Attachment Scale-Revised

SBS- Submissive Behaviour Scale

GBS- General Belongingness Scale

ASEX- Arizona Sexual Experiences Scale

SMAP- Short Measure of Adult Playfulness

ANPS-S- Affective Neuroscience Personality Scales- Short Version

Índice

Agradecimentos	- 2 -
Resumo	- 4 -
Abstract	- 5 -
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	- 6 -
Introdução	- 10 -
Método	- 17 -
Participantes	- 17 -
Instrumentos.....	- 19 -
Procedimento	- 22 -
Preparação e análise de dados.....	- 23 -
Resultados	- 24 -
Discussão	- 30 -
Implicações clínicas	- 33 -
Limitações e estudos futuros.....	- 34 -
Conclusão.....	- 35 -
Referências.....	- 37 -
Anexos	I

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Variáveis Sociodemográficas (N=131)</i>	- 18 -
Tabela 2. <i>Análise Descritiva das Subescalas da SMS, do BSI e do ISM-5 (N = 131)</i>	- 25 -
Tabela 3. <i>Matriz de Correlações entre as Subescalas da SMS (N = 131)</i>	- 26 -
Tabela 4. <i>Matriz de Correlações entre as Subescalas da SMS e as Dimensões Primárias do BSI (N = 131)</i>	- 27 -
Tabela 5. <i>Matriz de Correlações entre as Subescalas da SMS, o Índice Global de Sintomas do BSI e as Escalas do ISM-5 (N = 131)</i>	- 28 -
Tabela 6. <i>Regressão linear das Subescalas de Mentalidades Sociais (SMS) no Índice Geral de Sintomas (BSI) (N = 131)</i>	- 29 -

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Análise de Mediação considerando a Subescala Insegurança da SMS como mediadora entre o Bem-Estar Psicológico (ISM-5) e o Índice Geral de Sintomas do BSI (N = 131)</i>	- 30 -
--	--------

Índice de Anexos

Anexo I - Protocolo de aplicação	I
Anexo II - BSI.....	II
Anexo III - ISM-5	III
Anexo IV - SMS.....	IV

Introdução

A perspetiva evolucionista das emoções e motivações humanas postula que todas as interações interpessoais moldam e são moldadas por um conjunto de mentalidades sociais, em permanente habituação conforme a nossa pré-disposição biopsicossocial e na forma como procuramos conseguir os nossos objetivos sociais (Brasini et al., 2020). Desta forma e de acordo com a teoria de história de vida (Del Giudice et al., 2016; Roff, 1992; Stearns, 1992) com poder preditivo e causal, as diferenças individuais, diferenças entre géneros e etapas do ciclo de vida assumem um papel preponderante no percurso desta evolução (Relvas, 1996). Contemporaneamente, a psicoterapia integrativa, alicerçada em diversas abordagens transteóricas e/ou transdiagnósticas, apresenta evidências empíricas sugerindo novas linhas de investigação para explicar a variância no resultado em psicoterapia (citados por Faustino, 2021). De facto, segundo Faustino (2022), variáveis fundamentais associadas ao processo evolutivo humano podem ter um impacto na saúde mental e, conseqüentemente, no processo de intervenção psicológica. Como possíveis variáveis com peso no resultado em psicoterapia podemos considerar a aliança terapêutica, formulação de caso e características pessoais, tanto dos psicoterapeutas como dos pacientes (Castonguay & Beutler, 2006; Goldfried, 2019; Vasco, 2005 citados por Faustino, 2021).

Neste contexto, uma exploração mais profunda e cuidada das motivações sociais e as suas complexas dinâmicas poderá ajudar a clarificar as experiências individuais intersubjetivas e as interações interpessoais mal adaptativas que caracterizam todas as relações, incluindo a relação entre paciente e terapeuta, contribuindo para a ampliação da explicação da variância em psicoterapia (Brasini et al., 2020).

De acordo com os autores Norcross e Lambert (2019), 35% da variância no resultado de psicoterapia não está totalmente identificada e explicada, tornando-se necessário a procura de outras variáveis do paciente, de forma a aumentar a capacidade explicativa da variância,

diminuindo os 35% da variância não explicada. De qualquer modo, 65% da variância poderá ser atribuída a variáveis como: características do paciente (estilo vincutivo, coping, etnia, género, religião, orientação sexual e estágios de mudança), terapeuta, relação terapêutica, métodos de intervenção entre outros fatores. Desta forma, os dados empíricos sugerem que estes fatores são robustos na explicação e predição de diferentes graus na variância em psicoterapia, tendo ainda em consideração a introdução de outras variáveis relativas às características do paciente como estados de espírito, competências mentais e domínios neuro cognitivos (Faustino, 2021).

Liotti e Gilbert (2011), sugerem que, nesta evolução de sobrevivência e adaptação, as motivações para atingir determinados objetivos e formar tipos de relações sociais variam desde a formação de vínculo, competição, dominância/submissão, alianças, cooperação e procura de parceiro(a) de vida. Para estes autores, o papel do vínculo, de forma segura, representa um dos principais sistemas motivacionais, conduzindo a comportamentos adaptativos relacionais em que o indivíduo sentir-se-á seguro em explorar relações fora do seu contexto familiar. A formação da personalidade representa igualmente uma base determinante para os sistemas motivacionais.

Mentalidade social consiste em como determinadas motivações se dirigem apropriadamente a processamentos cognitivos, guiam emoções e comportamentos adotados (Liotti & Gilbert, 2011).

De acordo com o modelo integrativo e meta-teórico, deverá ser dada atenção a quatro domínios da experiência humana a nível biopsicossocial, considerando a complexidade de interações entre o neurobiológico, psicológico e ambiental que contribuem para o desenvolvimento de diferentes necessidades emocionais e sistemas motivacionais interpessoais. Estas representam uma necessidade *sine qua non* existirá saúde mental (Faustino, 2022). Modelos das pressões biopsicossociais contextuais surgem como resposta à necessidade de

ampliar o conhecimento humano da teoria da perturbação transteórica, por apresentar uma multidisciplinidade, focando-se na complexidade das interações entre neurobiologia, psicologia e fatores socioambientais (Bolton, 2022).

Embora este trabalho incida num domínio do modelo integrativo, motivações interpessoais, torna-se basilar introduzir os restantes três. O primeiro, sistema neurobiológico, é considerando em que medida poderá estar associado a sistemas afetivos e várias dimensões de personalidade sendo este sistema composto por: Procura/sistema de desejo; Raiva/sistema de raiva; Medo/sistema de ansiedade; Luxúria/sistemas sexuais; Ser cuidado/sistema de atenção; Tristeza/sistema de separação, *distress*; Extroversão/sistema físico de vínculo social (Faustino, 2022).

O segundo, sistema de necessidades emocionais, baseia-se no diálogo interno entre o self experiencial, aquele que experiencia emoções, e o self reflexivo, que reflete na experiência emocional, que contribui para a promoção de conhecimento das necessidades emocionais desde a infância, essenciais na formação da personalidade. Estas necessidades emocionais incluem, como exemplo, a segurança básica, estabilidade e confiança; aceitação; autonomia; integridade e cognição; modulação interna e expressão externa (Faustino, 2022); limites, fronteiras e defesas emocionais referidos como essenciais desde o nascimento (McGoldrick et al., 2008).

O terceiro sistema, no qual incidirá este trabalho, motivações interpessoais, podem ser descritas como um conjunto de motivos filogenéticos evoluídos e desenvolvidos para atingir determinados padrões sociais (Gilbert, 2019; Veglia & Di Fini, 2017), que representam um papel fundamental na organização da nossa vida social ao moldar um conjunto de mentalidades sociais (Brasini et al., 2020). Alguns teóricos afirmam que os humanos têm sete sistemas motivacionais interpessoais: Vinculação, descreve situações relacionais em que o indivíduo se sinta vulnerável e carente procurando ajuda e suporte de uma figura de vinculação que forneça proteção e segurança; Cuidar, diz respeito a situações relacionais em que um indivíduo

experiencia empatia e preocupação relativamente a outra pessoa a necessitar; Competitivo, descreve situações relacionais em que o indivíduo tenta sobrepor-se a outros, estabelecendo uma classificação ou hierarquia de competição por recursos, com objetivo de mostrar e manter dominância; Sexualidade, que descreve situações relacionais em que sinta atração sexual ou se comporte de uma maneira sexual ou sedutora; Cooperação, que descreve situações relacionais em que o indivíduo partilha intenções e esforços para conseguir objetivos comuns representando mais tarde, de acordo com a teoria perspectiva de Liotti (2010), um sistema de organização social avançada ligada a mais dois sistemas; afiliação a um grupo social; Jogo Social, que é visto como extensões do sistema motivacional cooperativo (Cortina & Liotti, 2010).

Contudo, resultados empíricos obtidos através da *Social Mentalities Scale* (SMS) sugeriram seis sistemas motivacionais interpessoais. Insegurança reflete sentimentos e tendências relativas a *distress*, solidão, vulnerabilidade, ser demasiado submissivo, autocritico e baixa autoestima. Reflete exatamente o oposto a uma vinculação segura. Experiências de vínculo são essenciais para o desenvolvimento humano cognitivo e emocional, determinando os futuros relacionamentos com outros e socialização (Doinita & Maria, 2015). De acordo com a teoria do vínculo, a interação entre a criança e o seu cuidador primário vai criar representações e esquemas usados posteriormente na interação com terceiros. Tem início com a família, passando pelos pares, até ao companheiro(a) romântico. Vinculação segura na infância acontece quando o cuidador primário responde às necessidades da criança permitindo a mesma explorar o contexto que a rodeia, sentindo-se segura e confiante nas suas competências para interagir de forma autónoma e regulando as suas emoções (Mikulincer et al., 2003). As autoras Doinita e Maria (2015) encontraram no seu estudo, numa população romena, uma associação entre a vinculação e o estilo parental, cujos resultados sugerem que experiências de vinculação segura e o cuidar do parceiro(a) estavam positivamente associadas com estilos parentais autoritativos

e negativamente associados com estilos parentais autoritários e permissivos. No mesmo estudo, vinculação ansiosa e evitativa estava associada a níveis inferiores de cuidados recebidos que, por sua vez, estavam associados a menores estilos parentais autoritativos e maiores estilos parentais autoritários e permissivos, não revelando diferença entre mães e pais. De acordo com a revisão de literatura efetuada, e da relevância do vínculo nas competências sociais, optou-se por explorar o papel mediador da Insegurança no IGS e Bem-Estar.

Bem-estar implica um equilíbrio e regulação, permanente e contínuo, para a sua presença (Faustino & Vasco, 2020), sendo a capacidade de introjeção individual um bom preditor do bem-estar (Korner et al., 2006), ficando clara a sua ligação às necessidades emocionais e sistemas motivacionais.

A vinculação é também mediada através de sistemas cerebrais associadas com endorfinas e oxitocina (Depue & Morrene-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998). Sem o apropriado funcionamento do sistema motivacional de vínculo, em parte facilitada pela oxitocina, a proximidade poderia ser sentida como causadora de *distress*, ao invés de segura, dificultando a exploração. Por esta razão, uma das maiores fontes de segurança relacional que capacita um indivíduo de atenção e exploração, ambos centrais para a mentalização, é a vinculação (Bateman & Fonagy, 2004).

Pró-sociabilidade, descreve a tendência para a compaixão, proteção, preocupação e compromisso com outros estando, como exemplo, positivamente correlacionada com a gratidão (Ma et al., 2017), negativamente associada a controlo psicológico da parte de amigos e positivamente associada a relações de amizade (Padilla-Walker et al., 2014).

Agonismo, reflete sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos de dominância e comportamento de constante desafio a outros. Pertença, descreve sentimentos, pensamentos e comportamentos relativos à experiência de Pertença a um grupo, espírito de irmandade de partilha e comunidade; Sexualidade, que inclui sentimentos, emoções,

pensamentos e comportamentos relativos a atração e desejo sexual e, por último, o Jogo Social, que reflete um indivíduo que naturalmente é irónico, com humor e uma atitude imaginativa (Brasini et al., 2020). Será igualmente abordado neste estudo como cada escala do SMS se relaciona com os sintomas do BSI (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo).

Existe uma relação próxima entre o segundo e terceiro sistemas, que poderão desempenhar um papel complexo na saúde mental. Os sistemas motivacionais interpessoais, focam-se em processos interpessoais e intrapsíquicos cuja ativação poderá conduzir a satisfação ou frustração de necessidades emocionais. Desta forma, ambos sistemas poderão interagir para formar impulsos humanos complexos e diferentes temas de vida (Faustino, 2022).

Estas necessidades nunca estão totalmente satisfeitas, sendo que o seu resultado e consequente manutenção é obtido através de várias variáveis, num constante processo de equilíbrio entre as polaridades dialéticas (Faria & Vasco, 2011; Vasco, 2012). Desta forma, a existência de esquemas interpessoais não-adaptativos está relacionada com ativação de sintomatologia como a ansiedade e a depressão (Dimaggio, 2015).

À luz do modelo de complementaridade paradigmática (MCP), que agrupa catorze necessidades psicológicas em sete polaridades dialéticas (Vasco, 2009; Vasco & Velho, 2010; Vasco, 2013; Barcelos & Vasco, 2014 citados por Martins, 2016), Prazer, Dor, Proximidade, Diferenciação, Produtividade, Lazer, Controlo, Cooperação, Exploração, Tranquilidade, Coerência do Self, Incoerência do Self, Autoestima e autocrítica, demonstraram que maiores níveis em cada um dos polos se associam a maior bem-estar e menores níveis de distress e sintomatologia. Pelo contrário, a dificuldade na regulação destas necessidades pode originar sintomatologia e distress e padrões de relacionamento com perceções negativas sobre o próprio e terceiros estando relacionados com maiores níveis de sintomatologia (Albani et al., 1999).

Por último, o quarto sistema, Tema de Vida, está associado a vários aspetos emocionais e motivacionais sob a forma como os humanos narram a sua vida, de acordo com a sua experiência (Veglia & Di Fini, 2017). McAdams (2001) identificou dois domínios de tema de vida: comunhão, através de afiliação e intimidade, e agente, através de identidade e autoafirmação. Ao longo de vários anos, Veglia e Di Fini (2017), identificaram seis temas de vida transculturais: amor, poder, valor pessoal, liberdade, verdade e justiça, sendo que dois poderão ser associados aos sistemas motivacionais interpessoais, nomeadamente o sistema sexual e poder com o sistema competitivo e, o amor com o sistema vínculo. Assim sendo, torna-se claro que os temas de vida podem ser vistos como significados centrais de ordem superior que resultam entre as necessidades emocionais e os sistemas motivacionais interpessoais (Faustino, 2022).

De uma perspetiva biopsicossocial e contextual, tanto as necessidades emocionais como os sistemas motivacionais interpessoais, podem ser consideradas uma integração dos sistemas hemostáticos do corpo e da mente considerando que emoções, experiências emocionais e motivações interpessoais são um fenómeno psico-neuro-endócrino (Davis & Panksepp, 2018; Gilbert, 2020). Desta forma, considerando que um indivíduo perante estímulos, externos ou internos, ative esquemas emocionais identificando e diferenciando emoções, capacitando-o de regular a necessidade psicológica, conduzirá a uma regulação ou desregulação que afetará a satisfação das necessidades e o bem-estar, prevenindo ou potenciando o *distress* e a sintomatologia psicopatológica (Barreira, 2016).

A pertinência deste estudo reside no fato de ser um estudo novo, com correlações entre variáveis ainda não exploradas sobre a aplicação do SMS, pela primeira vez na comunidade portuguesa, cuja escala é designada a avaliar os padrões de cognição, afetivo e comportamentais gerados pelos sistemas motivacionais interpessoais. Igualmente relevante, estabelecer a relação entre as escalas do SMS e a sintomatologia, Bem-estar e *Distress*, quais escalas e quais efeitos

têm de forma a ajudar os psicólogos clínicos a elaborar com os pacientes novas formas de regular as motivações sociais, promovendo o Bem-estar e reduzindo o *Distress*. Serão consideradas as implicações para a saúde mental e bem-estar, tornando a aferição sobre este tema para uso clínico em Portugal relevante, sendo, por esta razão o objetivo deste estudo.

Considerando-se as seguintes hipóteses:

H1: Motivações interpessoais estão negativamente relacionadas com a sintomatologia;

H2: Motivações interpessoais estão negativamente correlacionadas com *distress* psicológico;

H3: Motivações interpessoais estão positivamente associadas com o bem-estar;

H4: Mentalidade social de Insegurança/Vinculação segura é mediador da relação entre o bem-estar e a sintomatologia.

Método

Neste estudo foram verificadas as relações entre Motivações Interpessoais, Sintomatologia, Bem-Estar e *Distress*, dentro do contexto das mentalidades sociais, numa amostra proveniente da comunidade portuguesa. A fim de alcançar o objetivo de investigação do presente estudo e de verificar as hipóteses de investigação, foi usada estatística descritiva e realizadas correlações, regressão linear e mediações.

Participantes

O presente estudo foi constituído por 131 participantes, sendo a maioria do género feminino ($n = 85$; 64.9%), com idades compreendidas entre os 20 e 76 anos ($M = 43.5$ anos; $DP = 13.1$), de nacionalidade portuguesa ($n = 127$; 97%), a maioria com estado civil de solteiro ($n = 55$; 42%), não aluno da Universidade Lusófona ($n = 121$; 92.4%) e sem acompanhamento psicológico ($n = 115$; 87.8%). No que diz respeito à escolaridade, 55% ($n = 72$) dos participantes completaram a licenciatura ou o grau académico seguinte (Tabela 1).

Tabela 1*Variáveis Sociodemográficas (N=131)*

Variável		<i>N (%)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Idade		131 (100%)	43.5	13.1
Género	Feminino	85 (35.1%)		
	Masculino	46 (64.9%)		
Nacionalidade	Portuguesa	127 (97%)		
	Brasileira	4 (3%)		
Educação	Ensino Básico (9º ano) ou equivalente	9 (6.9%)		
	Secundário	50 (38.2%)		
	Licenciatura	56 (42.7%)		
	Mestrado	15 (11.5%)		
	Doutoramento	1 (0.8%)		
Estado Civil	Solteiro/a	55 (42%)		
	Casado/a	40 (30.5%)		
	União de Facto	18 (13.7%)		
	Divorciado/a	15 (11.5%)		
	Viúvo/a	3 (2.3%)		
Condição	Aluno Lusófona	10 (7.6%)		
	Não Aluno	121 (92.4%)		

Acompanhamento
Psicológico

Sim	16 (12.2%)
Não	115 (87.8%)

Instrumentos

A recolha de dados incluiu os seguintes questionários, previamente elaborados na plataforma *Qualtrics*: questões sociodemográficas (nomeadamente se o participante era aluno da Universidade Lusófona ou da Universidade de Lisboa, idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias e estado civil); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983); Inventário de Saúde Mental (ISM-5) (Ribeiro, 2001); *Social Mentalities Scale* (SMS) (Brasini et al., 2020).

O BSI (Anexo II) corresponde a um questionário de autorrelato, que avalia a psicopatologia e o *distress* psicológico, desenvolvido inicialmente em contextos clínicos onde era necessária uma medida relativamente breve para medir a respetiva sintomatologia. Este instrumento foi desenvolvido por Derogatis (1978), tendo sido adaptado e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999). O BSI contempla 53 itens em que o participante deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, usando uma escala tipo *Likert* que varia entre “Nada” (0) a “Extremamente” (4).

Além das nove dimensões, três índices globais avaliam *distress* psicológico incluindo o Índice de Severidade Geral (GSI); Sintomas Positivos Gerais (PST); Índice de Sintomas Positivos de Distress (PSDI). É uma escala que apresenta boa validade e fiabilidade psicométrica apresentando uma consistência interna nas 9 dimensões através do coeficiente de Cronbach ($\alpha > .71$) no PSY a ($\alpha > .85$) no DEP. Confiabilidade no teste-reteste excelente, estabelecida a variar de .68 (SOM) s .91 (PHOB) (Derogatis & Melisaratos, 1983). Derogatis (1992) aplicou tanto o questionário BSI como o SCL-90-R (versão anterior do BSI) tendo encontrado

dimensões de sintomatologia semelhantes em ambos com uma correlação muito forte $r = .92$ to $.98$ (Galhardo et al., 2020) e (APA PsycTests Database Record, 2019). No presente estudo, a consistência interna revelou-se aceitável: $\alpha = 0.66$ para a Ansiedade Fóbica, $\alpha = 0.67$ para a Sensibilidade Interpessoal, $\alpha = .71$ para o Psicoticismo, $\alpha = 0.75$ para a Ansiedade, $\alpha = 0.80$ para a Hostilidade e a Ideação Paranoide; Boa: $\alpha = 0.82$ para a Somatização, $\alpha = 0.84$ para as Obsessões-Compulsões, $\alpha = 0.87$ para a Depressão e excelente $\alpha = 0.96$ para o IGS.

O ISM-5 (Anexo III) diz respeito a uma versão reduzida de 5 itens, utilizada como teste de rastreio na avaliação da saúde mental nas escalas de *Distress* e de Bem-Estar Positivo (Ribeiro, 2001). Teve como origem o ISM, sendo um questionário de autorresposta ordinal de seis posições indo de “Nunca” a “Sempre”, desenvolvido no âmbito do *Health Insurance Study* pela *Rand Corporation*, e incluindo tanto dimensões positivas como negativas. É composto por 38 itens de 5 dimensões. O questionário que foi aplicado, o ISM-5, é uma versão reduzida, cujos resultados para a validação na população portuguesa apresentaram valores adequados de fidelidade, avaliada através do Alfa de Cronbach, bem como validade de construto contra medidas de autorreferência e medidas de saúde. Consistência interna de ($\alpha > .80$) e que as correlações com as medidas de comparação exibem associação estatisticamente significativa no sentido esperado. Apresenta resultados idênticos à versão longa, com uma correlação muito forte $r = 0.95$ (Galhardo et al., 2020) e características idênticas na versão portuguesa (Ribeiro, 2001). Inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 da versão longa, com três itens a pertencer à escala do *distress* e duas à escala do bem-estar positivo, representando quatro dimensões da saúde mental: Ansiedade; Depressão; Perda de Controlo Emocional-Comportamental; Bem-Estar Psicológico (Ware et al., 1993). No presente estudo a consistência interna revelou-se aceitável: $\alpha = 0.65$ para o *Distress* Psicológico e inaceitável $\alpha = 0.49$ para o Bem-Estar Psicológico.

A validade convergente, que revela se o instrumento está significativamente correlacionado com outras variáveis com as quais o construto deve, em termos teóricos,

relacionar-se, deve apresentar correlações positivas significativas e de força pelo menos moderada, isto é, $r = 0,3$ (Field et al., 2012), exatamente o valor presente, embora correlações baixas sejam um primeiro indício de alerta sobre possíveis variáveis problemáticas. Relativamente à validade divergente, onde as variáveis deverão, em termos teóricos, diferir, confirma-se a não relação linear, apresentando valores entre $r = -.51$ e $r = -.19$ (Cohen, 1988).

O Teste de Bartlett apresentou-se como estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Para verificar a adequabilidade da amostra, o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) apresentou um valor de 0.5, considerado como medíocre (Field et al., 2012). Hair et al., (2005) e, Kaiser (1974) indicam 0,5 como valor mínimo aceitável (valores abaixo disso, sugerem a necessidade de recolher mais dados). Por esta razão, os dados devem ser considerados com cautela, possivelmente devido à dimensão da amostra.

Por último, a Escala de Mentalidades Sociais (SMS; Brasini et al., 2020; Anexo IV), corresponde a um questionário de autorrelato, composto por 75 itens, avaliados através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre “Nunca” (1) a “Sempre” (5), cujo objetivo é avaliar padrões cognitivos, afetos e comportamentais ligado a sistemas motivacionais que moldam as relações sociais. Foi solicitado aos participantes que respondessem de acordo como se sentiram nas últimas 4 semanas de acordo com 7 fatores das mentalidades sociais: Vinculação; Cuidar; Competitivo; Sexualidade; Cooperação; Afiliação; Jogo Social.

O questionário que foi aplicado está em fase de validação para a população portuguesa, no entanto, o SMS demonstrou na sua estrutura fatorial e cargas fatoriais em 6 fatores: Insegurança; Pró Sociabilidade; Antagonismo; Pertença; Sexualidade; Jogo Social. A versão final revelou índices de ajustamento da análise fatorial exploratória um item com maior saturação de fator ≥ 0.30 , sendo que todos os outros não ≤ 0.30 . (Brasini et al, 2020). O alfa de Cronbach, para as subescalas do SMS, revelaram excelentes níveis de fiabilidade, com coeficientes variando entre ($\alpha = 0.82$) a ($\alpha = 0.92$).

Como segundo estudo, após o primeiro incidindo apenas no SMS, foi solicitado aos participantes que preenchessem uma bateria de testes que incluíam a versão do SMS obtida da AFE derivada do estudo anterior e ainda outros instrumentos já validados e fiáveis de autorrelato, que avaliam construtos psicológicos e teoricamente ligados às dimensões do SMS como a Vinculação, Submissão, Pertença, Sexualidade, Jogo Social e Personalidade (Brasini et al, 2020).

Os índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória demonstraram boa adequação do modelo de 6 ($\chi^2 = (614) = 2563.19$, $p \leq .001$, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.06, CFI = 0.96, NNFI = 0.96. A validade convergente entre o SMS e as variáveis psicológicas similares foi boa (Brasini et al, 2020). No presente estudo, a consistência interna para as subescalas do SMS revelaram-se elevadas variando entre ($\alpha = 0.84$) a ($\alpha = 0.92$), demonstrando excelentes níveis de fiabilidade (Tabela 2).

Procedimento

Primeiramente foi solicitado o parecer de viabilidade para o presente estudo à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona (CEDIC), que foi deferida.

Posto isto, o protocolo de recolha de dados online teve início em outubro de 2022 e término em fevereiro de 2023, sendo suportado pelo *software Qualtrics*, através de uma amostragem aleatória e não probabilística (tipo bola de neve). De salientar que, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão na recolha de dados: (1) ter pelo menos 18 anos; (2) possuir o 9º ano de escolaridade ou equivalente; e (3) domínio da língua portuguesa. Considerando-se como critérios de exclusão a presença de perturbações psicóticas/de substâncias.

Numa primeira parte o participante foi informado dos objetivos do estudo, tempo previsto de participação, confidencialidade das suas respostas, contacto em caso de dúvidas ou pedidos de esclarecimento sobre o estudo (Anexo I). Ao aceitar, o participante estava a dar o seu consentimento informado sendo direcionado para a primeira parte, que correspondia ao questionário de recolha de dados sociodemográficos. Foi solicitado ao participante que preenchesse um conjunto de questionários divididos em três momentos, compostos por três blocos, cerca de 15 minutos cada bloco, separados por um período de descanso, entre 5 e 24 horas.

Preparação e análise de dados

Em fevereiro de 2023, aquando do término da recolha de dados, os mesmos foram exportados para Excel e SPSS. Numa primeira fase foi efetuada uma revisão para verificação de incorreções e *missing values*. Foram igualmente efetuadas estatísticas descritivas através do programa SPSS, nomeadamente análises univariadas das frequências e medidas de dispersão central das características sociodemográficas dos participantes (Média e Desvio-padrão). Foi verificado o efeito teto e efeito chão, através da análise aos percentis, identificando-se também desta forma a eventual presença de *outliers*. Na análise de potenciais efeitos teto e chão, considerou-se >80% nas categorias de respostas extremas (Hilarie, Byng, Lamping, & Smith, 2003). O pressuposto da normalidade univariada foi avaliada através de medidas de distribuição de assimetria e achatamento, assumindo a distribuição normal com valores de assimetria < 3 e achatamento < 10 (Kline, 2005).

De seguida foram criadas as subescalas para o respetivo tratamento estatístico. No que diz respeito ao instrumento ISM-5, que inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34, salienta-se que três destes itens pertencem à escala de *Distress* e dois à escala de Bem-Estar Positivo (Ribeiro, 2001). Relativamente ao instrumento BSI, as nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (2001) da seguinte forma: (1) Somatização – 7 itens (2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); (2)

Obsessões-Compulsões – 6 itens (5, 15, 26, 27, 32 e 36); (3) Sensibilidade Interpessoal – 4 itens (20, 21, 22 e 42); (4) Depressão – 6 itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50); (5) Ansiedade – 6 itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49); (6) Hostilidade – 5 itens (6, 13, 40, 41 e 46); (7) Ansiedade Fóbica – 5 itens (8, 28, 31, 43 e 47); (8) Ideação Paranoide – 5 itens (4, 10, 24, 48 e 51); e (9) Psicoticismo – 5 itens (3, 14, 34, 44 e 53). Foi ainda criada a escala de Índice Geral de Sintomas (IGS) que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. Por último, foram criadas as seguintes escalas através do instrumento SMS: (1) Insegurança – 18 itens (6, 10, 11, 13, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 43, 44, 54, 58, 59 e 60); (2) Pró-sociabilidade – 18 itens (7, 15, 16, 29, 35, 38, 39, 46, 50, 51, 52, 61, 66, 67, 70, 71, 72 e 73); (3) Agonismo – 13 itens (1, 3, 17, 20, 22, 24, 32, 36, 37, 53, 68, 74 e 75); (4) Pertença – 12 itens (2, 8, 18, 21, 31, 41, 45, 47, 49, 62, 63 e 69); (5) Sexualidade – 6 itens (5, 14, 48, 57, 64 e 65); e (6) Jogo Social – 8 itens (4, 9, 12, 19, 40, 42, 55 e 56). Foi utilizado de igual forma o programa SPSS para a realização das correlações e regressão linear e o programa JASP para as mediações. Importa notar que a magnitude/força das correlações foi interpretada de acordo com as recomendações de Cohen (1988) (Correlação fraca: de .10 a .29; Correlação moderada: de .30 a .49; e Correlação forte: > .50).

Resultados

A estatística descritiva (Tabela 2) revelou que a maior pontuação média foi obtida para a subescala de Bem-Estar Psicológico ($M = 3.73$), que também apresenta a maior dispersão ($DP = 0.90$). Por oposição, a menor pontuação média foi registada para a subescala do BSI referente à Ansiedade Fóbica ($M = .36$) que, por sua vez, teve igualmente uma das menores dispersões de valores ($DP = .48$) a par com a Pró-Sociabilidade ($DP = .48$) e o Agonismo ($DP = .46$).

Ademais, verifica-se que todas as subescalas possuem uma distribuição normal, dado que os valores de assimetria e curtose encontram-se dentro dos intervalos expectáveis para a normalidade [$Sk < 3$ e $Ku < 10$ (Kline, 2005)].

Tabela 2*Análise Descritiva das Subescalas da SMS, do BSI e do ISM-5 (N = 131)*

	<i>N</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	<i>AS</i>	<i>KS</i>
Insegurança (SMS)	131	.92	2.02	.60	1.00	3.65	.60	-.21
Pró-Sociabilidade (SMS)	131	.85	3.70	.48	2.33	4.61	-.30	-.17
Agonismo (SMS)	131	.84	1.81	.46	1.00	3.08	.45	-.29
Pertença (SMS)	131	.90	3.43	.64	1.17	4.83	-.82	1.23
Sexualidade (SMS)	131	.88	2.93	.84	1.00	4.83	-.25	.08
Jogo Social (SMS)	131	.84	3.39	.63	1.50	4.88	-.22	-.14
IGS (BSI)	131	.96	0.71	.52	.02	2.38	1.19	1.25
Somatização (BSI)	131	.82	0.50	.55	.00	2.43	1.54	2.34
Obsessões-Compulsões (BSI)	131	.84	1.06	.73	.00	3.67	.94	1.03
Sensibilidade Interpessoal (BSI)	131	.67	0.81	.67	.00	3.00	.81	.47
Depressão (BSI)	131	.87	0.76	.71	.00	3.33	1.31	1.80
Ansiedade (BSI)	131	.75	0.87	.60	.00	2.67	.81	.12
Hostilidade (BSI)	131	.80	0.61	.59	.00	3.80	2.52	9.50
Ansiedade Fóbica (BSI)	131	.66	0.36	.48	.00	2.60	1.86	3.97
Ideação Paranoide (BSI)	131	.80	0.96	.77	.00	3.20	.71	-.30
Psicoticismo (BSI)	131	.71	0.49	.55	.00	2.40	1.43	1.61
Bem-Estar Psicológico (ISM-5)	131	.49	3.73	.90	1.50	5.50	-.17	-.68
<i>Distress</i> Psicológico (ISM-5)	131	.65	2.68	.88	1.00	5.00	.22	-.28

Por intermédio da análise de correlações, foi possível verificar a presença de correlações significativas e positivas, de intensidade moderada a forte, entre as seguintes escalas da SMS (Tabela 3): (a) Insegurança e Agonismo ($r = .47$); e (b) Pró-Sociabilidade e Pertença ($r = .50$), Sexualidade e Jogo Social ($r = .47$). Da mesma forma, a pontuação obtida na subescala de Agonismo correlacionou-se significativa e positivamente, de modo fraco, com as pontuações obtidas nas subescalas de Pertença ($r = .23$) e Sexualidade ($r = .19$). Assim, quanto maior a pontuação obtida a uma das escalas, maior a pontuação obtida naquelas que lhes estão associadas.

Tabela 3

Matriz de Correlações entre as Subescalas da SMS (N = 131)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. INS	-					
2. PSO	.01	-				
3. AGO	.47**	.02	-			
4. PER	-.07	.50**	.23**	-		
5. SEX	-.02	.35**	.19*	.33**	-	
6. JS	.02	.41**	.11	.47**	.40**	-

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$; INS – Insegurança; PSO – Pró-Sociabilidade; AGO – Agonismo; PER – Pertença; SEX – Sexualidade; JS – Jogo Social

Ademais, por intermédio da análise correlações entre a SMS e o BSI (Tabela 4), observaram-se correlações significativas e positivas, de intensidade moderada a forte, entre a subescala Insegurança e todas as dimensões do BSI, sendo a correlação mais baixa com a Somatização ($r = .39$) e a mais elevada com Depressão ($r = .71$). Bem como correlações significativas e positivas, de intensidade fraca e moderada, entre a subescala Agonismo e todas as dimensões do BSI sendo a correlação mais baixa com a Ansiedade Fóbica ($r = .18$) e a mais elevada com a Hostilidade ($r = .34$). Tais resultados demonstram que mentalidades sociais de Insegurança e Agonismo associam-se a uma maior sintomatologia psicopatológica.

Por oposição, a subescala de Pertença esteve significativa e negativamente associada, de um modo fraco, com todas as dimensões do BSI, à exceção da Somatização ($r = -.08$) e da Sensibilidade Interpessoal ($r = -.08$). Portanto, mentalidades sociais de Pertença correlacionam-se com uma menor sintomatologia psicopatológica.

De notar que, não se verificaram quaisquer associações significativas entre as subescalas de Pró-Sociabilidade, Sexualidade e Jogo Social, e as dimensões do BSI.

Tabela 4*Matriz de Correlações entre as Subescalas da SMS e as Dimensões Primárias do BSI (N = 131)*

	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOS	AFO	IP	PSI
INS	.39**	.63**	.59**	.71**	.60**	.42**	.45**	.50**	.59**
PSO	.15	.01	.09	-.03	.06	.07	-.02	-.08	-.02
AGO	.26**	.21*	.27**	.23**	.26**	.34**	.18*	.30**	.33**
PER	-.08	-.24**	-.08	-.24**	-.18*	-.19*	-.25**	-.18*	-.18*
SEX	.12	.07	.12	-.01	.06	.15	.03	.12	.07
JS	-.05	-.02	-.00	-.11	-.08	-.03	-.11	.00	-.04

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$; SOM – Somatização; OC – Obsessões-Compulsões; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOS – Hostilidade; AFO – Ansiedade Fóbica; IP – Ideação Paranoide; PSI – Psicoticismo; INS – Insegurança; PSO – Pró-Sociabilidade; AGO – Agonismo; PER – Pertença; SEX – Sexualidade; JS – Jogo Social

Considerando o Índice Geral de Sintomas do BSI (Tabela 5), observou-se que o mesmo estava positiva e significativamente correlacionado com a subescala de Insegurança ($r = .66$) e de Agonismo ($r = .32$). E negativa e significativamente correlacionado com a subescala de Pertença ($r = -.21$). Não se verificaram quaisquer correlações significativas entre este índice as subescalas de Pró-Sociabilidade ($r = .03$), Sexualidade ($r = .11$) e Jogo Social ($r = -.05$). Assim, mentalidades sociais de Insegurança ($r = .50$) e Agonismo ($r = .28$) associam-se a uma maior intensidade de mal-estar psicológico. E mentalidades sociais de Pertença ($r = .07$) correlacionam-se com uma menor intensidade de mal-estar psicológico.

Por sua vez, os resultados provenientes da análise de correlações entre as escalas da SMS e do ISM-5 (Tabela 5) demonstraram: (a) correlações negativas e significativas, de intensidade, respetivamente, moderada e fraca, entre as subescalas de Insegurança ($r = -.49$) e Agonismo ($r = -.22$), e o nível de Bem-Estar Psicológico; e (b) correlações positivas e significativas, de intensidade, respetivamente, forte e fraca, entre as subescalas de Insegurança ($r = .50$) e Agonismo ($r = .28$), e o nível de *Distress* Psicológico. Ou seja, mentalidades sociais de Insegurança e Agonismo associam-se a níveis inferiores de Bem-Estar e superiores de

Distress Psicológico. Não se verificaram quaisquer correlações significativas entre as escalas do ISM-5 e as subescalas de Pró-Sociabilidade, Pertença, Sexualidade e Jogo Social.

Tabela 5

Matriz de Correlações entre as Subescalas da SMS, o Índice Global de Sintomas do BSI e as Escalas do ISM-5 (N = 131)

	IGS (BSI)	Bem-Estar Psicológico (ISM-5)	<i>Distress</i> Psicológico (ISM-5)
INS	.66**	-.49**	.50**
PSO	.03	-.01	.04
AGO	.32**	-.22*	.28**
PER	-.21*	.04	.07
SEX	.11	.10	.03
JS	-.05	.12	-.04

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$; INS – Insegurança; PSO – Pró-Sociabilidade; AGO – Agonismo; PER – Pertença; SEX – Sexualidade; JS – Jogo Social

Para além disso, de forma a compreender a influência das diferentes subescalas da SMS na pontuação obtida ao nível da Índice Geral de Sintomas do BSI, realizaram-se diversas regressões lineares (Tabela 6). Os resultados demonstraram que a subescala de Insegurança, foi preditora significativa da pontuação obtida ao nível do Índice Geral de Sintomas do BSI, ou seja, da intensidade de mal-estar experienciado pelos participantes (Insegurança: $\beta = .06$, $t = 8.36$). De salientar que, a variável com maior impacto na explicação desta pontuação foi a subescala da SMS referente à Pertença. As subescalas de Pertença, Sexualidade, Pró-Sociabilidade, Agonismo e Jogo Social não explicaram significativamente a intensidade de mal-estar experienciado pelos participantes.

Tabela 6

Regressão Linear das Subescalas de (SMS) no Índice Geral de Sintomas (BSI) (N = 131)

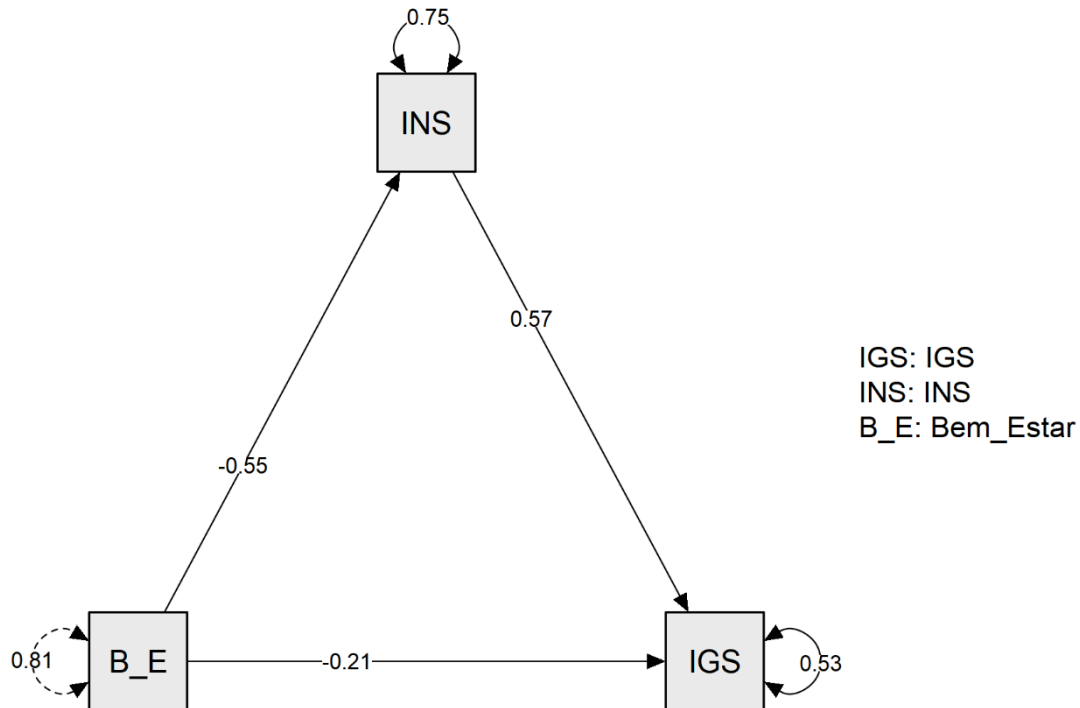
Variável	R^2	β estandardizado	t	P	Estatística de Colinearidade	
					Tolerância	VIF
INS	.06	.06	8.36	<.01	.726	1.38
PSO	.08	.13	1.61	.11	.657	1.52
AGO	.09	.07	0.95	.34	.668	1.50
PER	.07	-.28	-3.40	<.01	.593	1.67
SEX	.05	.18	2.47	.01	.759	1.32
JS	.06	-.07	-0.87	.39	.691	1.45

Nota. INS – Insegurança; PSO – Pró-Sociabilidade; AGO – Agonismo; PER – Pertença; SEX – Sexualidade; JS – Jogo Social

Por fim, procurou-se analisar se a subescala de Insegurança da SMS mediava a relação entre o Bem-Estar Psicológico (ISM-5) e o Índice Geral de Sintomas do BSI (Figura 1). Os resultados demonstraram que o Bem-Estar Psicológico foi um preditor significativo e negativo da subescala de Insegurança ($\beta = -0.55$; $p < .001$). Por sua vez, a subescala de Insegurança também se demonstrou um preditor significativo e positivo do Índice Geral de Sintomas ($\beta = 0.57$; $p < .001$). E observou-se que o Bem-Estar Psicológico e a subescala de Insegurança apresentaram um efeito conjunto significativo sobre o Índice Geral de Sintomas, verificando-se um efeito direto significativo ($\beta = -0.21$, $p = .011$). O efeito total do Bem-Estar Psicológico no Índice de Sintomas Gerais também foi significativo ($\beta = -0.52$, $p < .001$). Por fim, o efeito da mediação (efeito indireto) foi igualmente significativo ($\beta = -0.31$; $p < .001$), observando-se que a escala de Insegurança mediou a relação entre o Bem-Estar Psicológico e o Índice Geral de Sintomas.

Figura 1

Análise de Mediação considerando a Subescala Insegurança da SMS como mediadora entre o Bem-Estar Psicológico (ISM-5) e o Índice Geral de Sintomas do BSI (N = 131)



Discussão

O objetivo da presente investigação é identificar as relações entre os sistemas motivacionais interpessoais, sintomatologia, *distress* psicológico, bem-estar e mentalidades sociais. Os resultados vão parcialmente ao encontro do esperado, no entanto é precível fazer algumas considerações.

Assim, no que diz respeito à nossa primeira hipótese (i.e., as motivações interpessoais estão negativamente relacionadas com a sintomatologia psicopatológica), os resultados demonstram que mentalidades sociais de Insegurança e Agonismo associam-se a uma maior sintomatologia psicopatológica. O que vai ao encontro de resultados de estudos anteriores, que referem que a Insegurança, combinada com um estilo de vinculação insegura, com traços de submissão, estavam associados com um estilo de vinculação ansiosa e com sensibilidade de

rejeição (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1980). É também referido que há relações significativas entre a Insegurança e os sistemas emocionais de tristeza, entre a Pró-sociabilidade e o Agonismo (Fassone et al., 2012). Ademais, a autocompaixão (Neff, 2003; Neff, 2009; Raes, 2010) e autoconfiança (Castilho et al., 2014; Gilbert et al., 2008; Irons et al., 2006), quando presentes, estão negativamente correlacionadas com índices de psicopatologia, incluindo ansiedade e sintomatologia depressiva (Hermanto & Zuroff, 2016). A Insegurança, sendo vista como outra face da mesma moeda da vinculação segura, ocorre quando as figuras de vinculação não são responsivas às necessidades da criança, não facilitando a benéfica exploração do ambiente onde está inserida de forma segura. Deste modo, dificultam o desenvolvimento de competências para interagir de forma autónoma com os diferentes contextos, conduzindo a uma maior dificuldade na regulação de emoções e desafios encontrados (Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2007).

Os resultados demonstram também que, mentalidades sociais de Pertença correlacionam-se com uma menor sintomatologia psicopatológica (à exceção da dimensão de Somatização e da Sensibilidade Interpessoal do BSI, que não estão significativamente associadas a quaisquer escalas da SMS). Tal também seria de esperar, dado que já haviam sido encontrados resultados de estudos prévios que demonstraram a falta de associações significativas entre vinculação segura e Pertença. Apesar de a ligação encontrada entre estas mentalidades sociais e o estilo dependente de vinculação, sugerindo que atitudes e comportamentos de Pertença possam estar ligados a uma predisposição individual de facilidade para pedir ajuda e suporte quando necessários (Baumeister & Leary, 1995; Mikulincer & Shaver, 2015). Existe igualmente pesquisa já realizada que explorou a associação entre a Pertença e o bem-estar e que comprovou que Pertença é o *link* em falta para compreender a saúde mental numa perspetiva interpessoal (Anant, 1966, citado por Malone et al., 2012).

Seria deveras interessante e pertinente explorar as diferenças entre géneros com uma amostra de maior dimensão, considerando a teoria de história de vida, a fim de obter uma maior compreensão das diferenças individuais (Schaller et al., 2017). Uma possível explicação poderá ser o tamanho da amostra ($N = 131$) e as características da mesma.

Quanto à segunda e terceira hipótese de investigação (respetivamente, as motivações interpessoais estão negativamente correlacionadas com *distress* psicológico; e as motivações interpessoais estão positivamente associadas com o bem-estar psicopatológico), observa-se que mentalidades sociais de Insegurança e Agonismo associam-se a níveis inferiores de Bem-Estar e superiores de *Distress* Psicológico.

Na continuação da primeira hipótese em que a Insegurança e o Agonismo estão positivamente correlacionados com a sintomatologia psicológica, torna-se da mesma forma visível que, quanto menor for o IGS, menor será o índice de Insegurança e Agonismo. E, quanto maior for o índice de Pertença, menor o de sintomatologia. O bem-estar psicológico está negativamente correlacionado com a Insegurança e o Agonismo, ou seja, quanto maior for o bem-estar, menor a Insegurança e Agonismo. Por outro lado, o *Distress* psicológico está positivamente correlacionado com a Insegurança e Agonismo, ou seja, quanto menor for a Insegurança e Agonismo, menor o *Distress* psicológico.

De acordo com Faustino e Vasco (2020), o ponto de encontro entre a saúde mental e o bem-estar é a regulação das necessidades psicológicas e sistemas emocionais, que informam o grau de regulação de cada necessidade psicológica. Assim, o bem-estar psicológico implica um equilíbrio e regulação de necessidades opostas dialéticas, em permanente necessidade de satisfação e continuamente em negociação, num processo permanente. Outro estudo demonstrou que, níveis baixos na regulação das necessidades psicológicas estão positivamente correlacionados, tanto com a sintomatologia, como com o *distress* psicológico (Barreira, 2016; Conde, 2012; Faustino & Vasco, 2020; Martins, 2016; Sol & Vasco, 2017; Vasco et al., 2012).

Por fim, a nossa quarta hipótese de investigação (i.e., uma mentalidade social de Insegurança é mediadora da relação entre o bem-estar psicológico e a sintomatologia psicopatológica) confirma-se, dado que os resultados da análise de mediação demonstram que a escala de Insegurança media a relação entre o Bem-Estar Psicológico e o Índice Geral de Sintomas, sendo o bem-estar um preditor negativamente correlacionado com a Insegurança. Tal significa que, quanto menor a Insegurança, maior o Bem-estar psicológico e, quanto maior a presença de Insegurança, maior de igual forma o IGS, nomeadamente a sintomatologia psicológica. Neste ponto, torna-se claro um dos grandes contributos deste estudo para a literatura e para novas abordagens, de forma a enriquecer as técnicas em intervenção clínica. Embora tenha já tenham sido estudadas as relações entre as várias variáveis presentes neste estudo, a relação concretamente entre estas três ainda é escassa, fazendo os resultados obtidos algum sentido à luz da literatura existente.

Estudos anteriores, que refletem sobre Estilos Parentais e Vinculação (Doinita & Maria, 2015) e Perturbações de Vinculação na Primeira Infância (Zeanah & Gleason, 2015), demonstraram que indivíduos com vinculação insegura/Insegurança manifestam um maior *distress* psicológico e um menor bem-estar psicológico, com maiores dificuldades na permanente e contínua regulação. Para Allen e colaboradores (2008), o exercício de habilidades de mentalização é influenciado por outros processos mentais, por sistemas motivacionais e por mentalidades sociais, daí ser de extrema importância em intervenção psicológica as próprias atitudes interpessoais do técnico.

Implicações clínicas

Por ser um estudo sobre uma escala ainda não validada para a população portuguesa, o fator novidade destaca-se de forma impactante. Neste estudo não se replicam investigações, explorando-se correlações entre construtos, num modelo de raiz e aprofundado uma escala

completa sobre as mentalidades sociais e os sistemas motivacionais e ainda sintomatologia.

Desta forma, a presente investigação contribui para a literatura na sua área e para a compreensão da interação entre construtos divergentes e convergentes a nível da população de adultos portugueses.

Para um psicólogo clínico, o facto de ser algo novo em investigação torna-se crucial para poder aplicar no seu quotidiano de prática clínica, permitindo ao psicólogo trabalhar na prevenção assentada em estratégias precoces de intervenção com impacto na saúde mental e bem-estar. Cada pessoa é um mundo desconhecido à sua frente e, quanto maior e variada for a investigação, mais completa será a intervenção clínica. “*One size does not fit all*” (Hall et al., 2019).

Limitações e estudos futuros

Como primeira e possivelmente mais relevante limitação, destaca-se o facto de a recolha de dados assentar em questionários de autorrelato, podendo levar a enviesamentos. As respostas a este tipo de questionários podem ser imprecisas, por se basearem nas perceções dos próprios, na presença ou ausência de *insight* e, em última análise, na presença de desajustabilidade social nas respostas. A própria recolha de dados, que ocorreu num formato online, não permite verificar a veracidade, tanto dos elementos sociodemográficos (e.g., a idade, habilitações entre outros), como a dedicação e disponibilidade ao responder aos questionários.

As características da amostra, nomeadamente a sua dimensão ($N = 131$), e o facto de consistir na sua maioria em participantes do sexo feminino, podem também enviesar os resultados, considerando que pode haver diferenças nas respostas consoante o género. Havendo possibilidade, seria importante em estudos futuros verificar a diferença entre géneros na relação estabelecida entre mentalidades sociais e sintomatologia psicológica. Além disso, a recolha dos

dados, através de uma amostra não-probabilística, tipo bola-de-neve, poderá apresentar-se como outra limitação, pois pode não ser representativa da população de adultos portugueses.

Outra limitação, poderá ser o facto de não ter sido possível a divisão dos participantes em dois grupos, clínico e não clínico, para a respetiva análise dos dados. Um estudo com amostras clínicas seria crucial, não só para a criação de valores de corte, mas também para avaliar o desempenho da escala no diagnóstico, especificamente ao nível da sensibilidade e especificidade. Será igualmente promissora a possibilidade de perceber a diferenciação entre a população, de acordo com diversas características (e.g., género, idade e estatuto socioeconómico), nomeadamente em relação à sintomatologia e às mentalidades sociais, podendo conduzir à clara identificação de níveis clínicos e subclínicos de sintomatologia.

Por último, a própria escala SMS de 75 itens poderá ser outra limitação, sendo cansativa de preencher, podendo levar ao cansaço e a respostas dadas a pontos intermédios de forma a não comprometer o total preenchimento dos questionários. Igualmente relevante, poderá ser o facto de não ter sido possível controlar o cumprimento obrigatório dos intervalos no preenchimento das 3 partes que consistiam numa bateria de testes para este trabalho.

Conclusão

O presente estudo demonstra a contribuição para a investigação do instrumento SMS, como um instrumento essencial para a avaliação das mentalidades sociais presentes nas interações humanas, que se revelam essenciais na evolução e melhoria da compreensão da forma como as mentalidades sociais afetam e moldam a qualidade das relações, em vários contextos sociais, e que poderão estar correlacionadas a certas condições psicopatológicas.

Este estudo pertence de igual forma a uma linha de investigação transteórica e integrativa, que encontra relações entre dificuldades nos processamentos emocionais e esquemas mal adaptativos nos sistemas motivacionais. Estes esquemas podem ser revelados

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

através das mentalidades sociais cujos resultados parecem produzir efeitos no bem-estar, *distress* e sintomatologia psicopatológica em adultos portugueses. Os resultados obtidos apoiam em grande parte as hipóteses colocadas, onde a formulação de caso, integrativo e transteórico assume um papel fulcral na tomada de decisão focada nas características do paciente, forma de comunicação e suas necessidades.

Referências

Albani, C., Benninghofen, D., Blaser, G., Cierpka, M., Dahlbender, R., Geyer, M., Korner, A.,

Pokorny, D., & Kächele, H. (1999). On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment.

Psychotherapy Research, 9(4), 452-467. <https://doi:10.1093/ptr/9.4.452>

Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal*

of Clinical Psychology, 36(4), 467–488. [https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.](https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x)

tb01255.x.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice.*

Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Barreira, J. (2016). *Relações entre dificuldades de processamento emocional, regulação*

emocional, necessidades psicológicas, sintomatologia e bem-estar/distress (Dissertação de

Mestrado). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/27559>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder:*

Mentalization-based treatment. New York: Oxford University Press

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal

attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.

<https://doi/10.1037/0033-2909.117.3.497>

Berman, P. S. (2018). *Case conceptualization and treatment planning: Integrating theory with*

clinical practice. Sage publications.

Bolton, D. (2022). Looking forward to a decade of the biopsychosocial model. *BJPsych*

Bulletin, 46(4), 228-232. <https://doi:10.1192/bjb.2022.34>

Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding.

[https://doi/10.1016/S0003-3472\(80\)80125-4](https://doi/10.1016/S0003-3472(80)80125-4)

Brasini, M., Tanzilli, A., Pistella, J., Gentile, D., Di Marco, I., Mancini, F., Lingiardi, V., &

Baiocco, R. (2020). The social mentalities scale: a new measure for assessing the

interpersonal motivations underlying social relationships. *Personality and Individual*

Differences, 167, 110236. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110236>

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M.

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), Testes e provas psicológicas em Portugal (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT

Carvalho, P. S., & António, C. I. (2018). Sintomas psicopatológicos e vulnerabilidade ao

estresse em uma amostra portuguesa de indivíduos com diabetes. *Psicologia: teoria e prática*, 20(1), 20-32.

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., & Duarte, J. (2014). Recall of threat and

submissiveness in childhood and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 73–81. <https://doi:10.1002/cpp.1821>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.

Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation,

emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810–832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810>.

Conde, E. (2012). *Dialética de polaridades de regulação da satisfação de*

necessidades psicológicas: Relações com o bem-estar e distress

psicológicos. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia

da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/8177>

Cortina, M., & Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection, inter subjectivity

is about sharing and social understanding: The relationships between attachment and

intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 410–441.

<https://doi.org/10.1037/a0019510>.

Davis, K. L., & Panksepp, J. (2018). *The emotional foundations of personality: A*

neurobiological and evolutionary approach. WW Norton & Company.

Del Giudice, M., Gangestad, S. W., & Kaplan, H. S. (2016). Life history theory and

evolutionary psychology. In D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary*

psychology (9th ed., Vol. 1, pp. 88–114). Hoboken, NJ: Wiley.

Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative

bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313–395.

<https://doi.org/10.1017/S0140525X0538006X>

Derogatis, L. R. (1978). Brief symptom inventory. *European Journal of Psychological*

Assessment.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory

report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605.

<https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Derogatis, L. R. (2001). Brief symptom inventory 18. *Baltimore: Johns Hopkins University*.

Dimaggio, G. (2015). Awareness of maladaptive interpersonal schemas as a core element of

change in psychotherapy for personality disorders. *Journal of Psychotherapy*

Integration, 25 (1), 39-44. <https://doi:10.1037/a0038770>

Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and parenting styles. *Procedia-Social and*

Behavioral Sciences, 203, 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.08.282>

Faria, J., & Vasco, A. B. (2011). *Needs necessarily needed: A guide for clinical decision-*

making. Paper presented at the 27th Conference of the Society for the Exploration of

Psychotherapy Integration: Crossing the divide: SEPI's unique place in bridging the

science-practice gap. Washington, DC, USA.

Fassone, G., Valcella, F., Pallini, S., Scarcella, F., Tombolini, L., Ivaldi, A., Prunetti, E.,

Manaresi, F., Liotti, G & Italian Group for the Study of Interpersonal Motivation (2012).

Assessment of Interpersonal Motivation in Transcripts (AIMIT): An inter-and intra-

rater reliability study of a new method of detection of interpersonal motivational

systems in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 224–234.

<https://doi.org/10.1002/cpp.742>.

Fassone, G., Lo Reto, F., Foggetti, P., Santomassimo, C., D'Onofrio, M. R., Ivaldi, A., &

Picardi, A. (2016). A content validity study of AIMIT (Assessing Interpersonal

Motivation in Transcripts). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(4), 319–328.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1960>.

Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020). Relationships between emotional processing

difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological

needs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 804-813.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2464>

Faustino, B. (2021). *Evidence-based clinical decision-making: Conceptual and empirical*

foundations for an integrative psychological and neurobiological transtheoretical

metamodel (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa.

<http://hdl.handle.net/10451/52489>

Faustino, B. (2022). Affective Neurobiological Systems, Emotional Needs and Interpersonal

Motivational Systems from a Biopsychosocial and Contextual perspective. *Current*

Psychology, 42 (35). <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04125-4>

Faustino, B. (2022). Minding my brain: Fourteen neuroscience-based principles to enhance

psychotherapy responsiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2719>

Field, A., Miles, J., & Field, Z. *Discovering statistics using R*. Sage Publications, 2012.

https://doi:10.1111/insr.12011_21

Galhardo, A., Loureiro, D., Raimundo, E., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2020).

Assessing Nomophobia: Validation study of the european portuguese version of the nomophobia questionnaire. *Community Ment Health*, 56, 1521-1530.

<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00600-z>

Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe

and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 182–191.

<https://doi:10.1080/17439760801999461>

Gilbert, P. (2019). Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary, contextual,

biopsychosocial approach. *Psychology and psychotherapy*, 92(2), 164-189.

<https://doi.org/10.1111/papt.12226>

Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in*

Psychology, 3123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>

Hair, J. J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Hall, D. A., Hibbert, A., Smith, H., Haider, H. F., Londero, A., Mazurek, B., & Fackreel, K. (2019). Core Outcome Measures in Tinnitus (COMiT) initiative. One size does not fit all: Developing common standards for outcomes in early-phase clinical trials of sound, psychology, and pharmacology-based interventions for chronic subjective tinnitus in adults. *Trends in hearing*, 23. <https://doi.org/10.1177/2331216518824827>

Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *The Journal of social psychology*, 156(5), 523-535. <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1135779>

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., & Smith, S. C. (2003). Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, 34(8), 1950. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED>

Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 297–308.

Miguel Castelo
Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

<https://doi:10.1348/014466505X68230>

Kaiser, H. F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, v. 39, p. 31-36, 1974.

<https://doi.org/10.1007/BF02291575>

Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., & Schaller, M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient

foundations. *Perspectives on psychological science*, 5(3), 292-314.

<https://doi.org/10.1177/1745691610369469>

Kline, R. B. (2005). *Principles and practices of structural equation modeling* (2nd ed.).

Guilford Press.

Korner, A., Drapeau, M., & Geyer, M. (2006). The association between interpersonal relationships and health in a representative population sample. *Archives of*

Psychiatry and Psychotherapy, 8 (2), 5-12.

Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities:

Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and*

Psychotherapy: Theory, research and practice, 84(1), 9-25.

<https://doi.org/10.1348/147608310X520094>

Ma, L. K., Tunney, R. J., & Ferguson, E. (2017). Does gratitude enhance prosociality?: A meta-

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

analytic review. *Psychological bulletin*, 143(6), 601. <https://doi/10.1037/bul0000103>

MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment

style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and*

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81(1), 79-93.

<https://doi.org/10.1348/147608307X246156>

Malone, G. P., Pillow, D. R., & Osman, A. (2012). The General Belongingness Scale (GBS):

Assessing achieved belongingness. *Personality and Individual Differences*, 52(3),

311–316. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.027>

Martins, R. (2016). *Relações entre esquemas interpessoais, mecanismos de*

defesa, necessidades psicológicas, sintomatologia, bem-estar e distress

psicológico (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia da

Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/28179>

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber*

decidir, fazer, interpretar e redigir. Psiquilibrios Edições.

McAdams, D. P. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General*

Psychology, 5(2), 100–122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>

McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight,

K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(1), 25–40.

<https://doi.org/10.1080/009262300278623>.

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and Intervention*.

New York: W. W. Norton & Co.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation:

The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*, 77-102.

<https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). An attachment perspective on prosocial attitudes

and behavior. In D. A. Schroeder & W. G. Graziano (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of prosocial behavior* (pp. 209–230). Oxford

University Press.

Montag, C., & Davis, K. (2018). Affective neuroscience theory and personality: An update.

Personality Neuroscience, *1*, 12. 1–12. <https://doi.org/10.1017/pen.2018.10>

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. D. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561–573). Guilford Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence based relationships and responsiveness. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678> 513

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (Eds.). (2019). *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/medpsych/9780190843960.001.0001>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.

Padilla-Walker, L. M., Fraser, A. M., Black, B. B., & Bean, R. A. (2015). Associations between friendship, sympathy, and prosocial behavior toward friends. *Journal of Research on Adolescence*, 25(1), 28-35. <https://doi.org/10.1111/jora.12108>

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Pingault, J. B., Falissard, B., Côté, S., & Berthoz, S. (2012). A new approach of personality

and psychiatric disorders: A short version of the Affective Neuroscience Personality

Scales. *PLoS One*, 7(7), Article e41489. [https://doi.org/10.1371/journal.pone.](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041489)

0041489.

Proyer, R. T. (2012). Development and initial assessment of a short measure for adult

playfulness: The SMAP. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 989–994.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.07.018>

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-

compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48,

757–761. <https://doi:10.1016/j.paid.2010.01.023>

Relvas, A. (1996). *Ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população

portuguesa. *Psicologia, saúde e doenças*, 2(1), 77-99. <http://hdl.handle.net/10400.12/1039>

Roff, D. A. (1992). Life history theory: A framework. *The evolution of life histories*, 35-61.

Schaller, M., Kenrick, D. T., Neel, R., & Neuberg, S. L. (2017). Evolution and human

motivation: A fundamental motives framework. *Social and Personality Psychology*

Compass, 11(6), e12319. <https://doi.org/10.1111/spc3.12319>

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Sol, A & Vasco, A. B. (2017). Relationships between the regulation of psychological needs

satisfaction and symptomatology. *Psicologia*, 31, 1.

<https://doi.org/10.17575/rpsicol.v31i1.1135>

Stearns, S. C. (1992). *The evolution of life histories*. Oxford, UK: Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oso/9780198577416.001.0001>

Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and

internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103.

https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18.

Vasco, A. B. (2012). *Quando um peixe encarnado nos começa, de súbito, a revelar a sua*

também cor negra, pintemo-lo, então, digamos, de amarelo: Em volta da integração em

Psicoterapia [When a red fish suddenly begins to show us its black color as well, let's

paint it then, let's say, of yellow: Around the integration in psychotherapy]. Paper

presented at the 1st National Meeting of the Portuguese Psychologists Bar, Lisbon,

Portugal.

Veglia, F., & Di Fini, G. (2017). Life themes and interpersonal motivational systems

in the narrative self-construction. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1897.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01897>

Miguel Castelo

Relações entre motivações interpessoais, sintomatologia, bem-estar e distress numa amostra na comunidade portuguesa

Wampold, B. E., & Ulvenes, P. G. (2019). Integration of common factors and specific ingredients. *Handbook of psychotherapy integration*, 69-87.

<https://doi/10.1093/med-psych/9780190690465.003.0003>

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center

Assessing Nomophobia: Validation Study of the European Portuguese Version of the Nomophobia Questionnaire. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1521–1530.

<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00600-z>

Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 207-222. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12347>

Anexos

Anexo I - Protocolo de aplicação

Consentimento Informado

A presente investigação insere-se no projeto denominado “Relações entre Variáveis Biopsicossociais, Redes Neurais Complexas e Saúde Mental”, no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação de Mestrado da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona (EPCV-ULHT). Este projeto pretende estudar as associações entre as redes neuronais complexas e diversas variáveis psicológicas. Esta investigação pretende contribuir para a integração entre psicologia clínica e neurociências, no intuito de encontrar novas formas de conceptualização de caso e posteriormente, novas formas de intervenção.

Para participar basta preencher alguns questionários on-line divididos em três momentos, com uma duração aproximada de 15 minutos por cada momento.

Por favor, não apague o histórico do browser até ter finalizado todo o protocolo.

Todas as respostas são confidenciais, sendo apenas manuseadas pelos investigadores. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação. A sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento.

Poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre este estudo, e informações pós-estudo, junto do Professor Doutor, através do email

Muito obrigado pela atenção e colaboração!

*Aceito responder ao conjunto de instrumentos que integram esta investigação, tendo-me sido assegurada a confidencialidade e anonimato dos meus dados pessoais para o referido estudo.

Anexo II - BSI

Segue-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Por favor, assinale aquele que melhor descreve o grau em que cada problema ou sintoma o/a incomodou durante a última semana.

EM QUE MEDIDA FICOU PERTURBADO/A POR:

Nada (0) Poucas Vezes (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes (3) Muitíssimas vezes (4)

1. Nervosismo ou tensão interior.
2. Desmaios ou tonturas.
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os meus pensamentos.
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.
7. Dores sobre o coração ou no peito.
8. Medo na rua ou praças públicas.
9. Pensamentos de acabar com a vida.
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.

Anexo III - ISM-5

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS QUADRADOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

...Sempre

...Quase sempre

...A maior parte do tempo

...Durante algum tempo

...Quase nunca

...Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

...Sempre

...Quase sempre

...A maior parte do tempo

...Durante algum tempo

...Quase nunca

...Nunca

Anexo IV - SMS

Below you will find a list of short sentences describing some ways of feeling or behaving in relationships with others.

1- Never 2- Rarely 3- Sometimes 4- Often 5- Very often

Please indicate how often each of the things listed in the last 4 weeks happened to you by ticking the corresponding box.

1. Arguing, getting into a conflict with someone
2. Staying together in a group
3. Using cunning to your own advantage
4. Being able to laugh at yourself
5. Feeling sexually attracted to someone
6. Feeling in danger or afraid of something
7. Behaving fairly with someone
8. Being proud of your group
9. Joking or using humor (benevolently)
10. Being alone or isolated for a long time