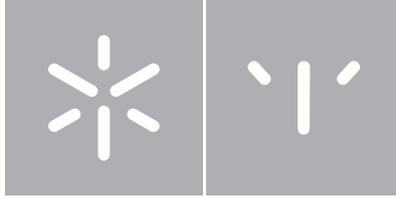


Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Marta Ribas Vilas Boas Ribeiro

**Desenvolvimento e implementação do
programa de intervenção "Desafio:+de Ti!"**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Marta Ribas Vilas Boas Ribeiro

**Desenvolvimento e implementação do
programa de intervenção "Desafio:+de Ti!"**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Teresa Freire

Declaração

Nome: Marta Ribas Vilas Boas Ribeiro

Endereço eletrónico: marta.rvbr@gmail.com

Telemóvel: 918316430

Número do cartão de cidadão: 14926604

Título da dissertação: Desenvolvimento e implementação do programa de intervenção
“Desafio:+de Ti!”

Orientação: Professora Doutora Teresa Freire

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 08/06/2018

Assinatura: Marta Ribas

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
<i>Abstract</i>	v
Desenvolvimento e implementação do programa de intervenção “Desafio:+de Ti!”	6
Método.....	12
Participantes	12
Medidas	12
Procedimento	14
Análise de dados	15
Resultados	15
Discussão.....	21
Referências	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Estrutura do programa “Desafio:+de Ti!”</i>	11
Tabela 2 <i>Medidas descritivas das variáveis relacionadas com desenvolvimento positivo</i>	15
Tabela 3 <i>Medidas descritivas das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica</i>	16
Tabela 4 <i>Parâmetros estruturais</i>	18
Tabela 5 <i>Refletindo na sessão: Respostas dos participantes e respetivas categorias</i>	19
Tabela 6 <i>O programa “Desafio:+de Ti!” e Eu: Respostas dos participantes e respetivas categorias</i>	20

Índice de Figuras

<i>Figura 1. Tendências das variáveis relacionadas com desenvolvimento positivo</i>	16
<i>Figura 2. Tendências das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica</i>	17
<i>Figura 3. O valor de G. (Perdão) e o valor de D. (Humor) nos seus contextos de vida</i>	19
<i>Figura 4. De uma forma geral, quão gostei da sessão/programa</i>	21

Agradecimentos

À professora e orientadora Teresa Freire pelo acompanhamento neste percurso, pela disponibilidade demonstrada e pela segurança que transmite em momentos de incerteza. Obrigada por me ter despertado o interesse nesta área da psicologia que tanto sentido me faz.

À Ana Marques, porque foi um elemento essencial para a realização deste estudo. Obrigada por todo o apoio neste percurso, e por teres sido uma das pessoas que mais de perto o acompanhou.

À minha família, por ser a melhor do mundo. Obrigada aos meus pais pelo apoio incansável que me dão todos os dias. Ao meu avô, por ser uma fonte tão grande de carinho e segurança. Ao meu irmão, que partilha comigo o amor-ódio tão característico de irmãos. A vocês vos devo todas as minhas conquistas. Vocês são tudo para mim!

Ao João, o meu namorado, por estar presente desde o meu primeiro ano na Universidade até este momento final de curso. O que, quando estou no meu pior, me dá o melhor que tem. Obrigada por teres sido incansável comigo!

Às minhas melhores amigas de infância, a Daniela, a Sara e a Marta, por esta amizade tão bonita que partilhámos, e por serem o meu porto seguro. Obrigada por me mostrarem, todos os dias, que tenho as melhores amigas do mundo.

À Beiramar, a amiga mais responsável que me chama à razão em momentos que preciso que o façam. Obrigada por seres um apoio tão grande na minha vida.

Aos melhores amigos que a universidade me podia ter dado. Às Martas (as três martas!), às Joanas (as duas joanas!), à Natália, à Rita, ao Pedro. Porque sei que são amizades que ficarão para sempre.

Muito obrigada a todos!

Resumo

Este estudo de caso pretendeu contribuir para o conhecimento acerca de programas de intervenção com vista ao desenvolvimento positivo em amostras clínicas de adolescentes. Com base no programa “Desafio: Ser+”, foi construído o programa “Desafio:+de Ti!”, para uma aplicação individual e em contexto clínico. Assim, o programa foi implementado no final de um processo terapêutico principal (terapia cognitivo-comportamental), a dois participantes de 11 e 13 anos, ambos do sexo masculino. Com a implementação, pretendeu-se testar a adequação do programa, tendo sido explorados possíveis efeitos a nível de dimensões relacionadas com desenvolvimento positivo e de dimensões relacionadas com sintomatologia. Ademais, foram exploradas as apreciações dos participantes relativamente ao programa. Os resultados demonstraram que, no geral, houve uma tendência de aumento nos índices de dimensões relacionadas com o desenvolvimento positivo e uma tendência de decréscimo nos índices das dimensões relacionadas com sintomatologia, após aplicação do programa. Além disso, os participantes avaliaram o programa de forma bastante positiva. Em suma, os resultados reforçam a importância de integração de intervenções positivas na prática clínica, apoiando a perspectiva holística de que, além do alívio do sofrimento, é necessária a promoção de fatores positivos, com vista ao alcance da saúde mental plena na adolescência.

Palavras-chave: adolescência, intervenções psicológicas positivas, desenvolvimento positivo, psicologia clínica

Abstract

This case study aimed to contribute to a greater knowledge about intervention programs that promote positive development in clinical samples of adolescents. Based on the “Challenge: to be+” program, “Challenge:+from You!” program was created, in order to be applied individually and in clinical context. Therefore, the program was implemented after a main therapeutic process (cognitive-behavioral therapy). The two male participants were 11 and 13 years old. The purpose of the implementation was to test the adequacy of the program, by exploring possible effects regarding dimensions related to positive development and dimensions related to symptomatology. Moreover, participants appreciations about the program were explored. In general, the results showed that there was an increasing tendency concerning positive development dimensions and a decreasing tendency concerning symptomatology dimensions, after the program implementation. Furthermore, participants had a positive assessment of the program. In short, findings reinforce the importance of integrating positive interventions into clinical practice. They also support the holistic perspective that to achieve full mental health in adolescence, besides relieving suffering, it is necessary to promote positive factors.

Keywords: adolescence, positive psychological interventions, positive development, clinical psychology

Desenvolvimento e implementação do programa de intervenção “Desafio:+de Ti!”

Adolescência

A adolescência é uma fase crucial de desenvolvimento que exige uma adaptação quer a mudanças pessoais, a nível cognitivo, emocional e comportamental, quer a mudanças contextuais (Gestsdottir & Lerner, 2008). Sendo o caminho imprevisível, este ajustamento é repleto de desafios (Gestsdottir & Lerner, 2008), que podem constituir oportunidades para estabelecer padrões comportamentais saudáveis, ou riscos para estabelecer padrões comportamentais prejudiciais (Bizarro, 2001; Raffaelli & Crockett, 2003). No entanto, o desenvolvimento e manutenção de recursos positivos e o aproveitamento de oportunidades de crescimento colmatam na possibilidade de otimização do potencial dos adolescentes (Albieri & Visani, 2014; Park, 2004).

Sendo a adolescência, de facto, pontuada por intensas mudanças e valorizando não só a ausência de adversidade, mas também a presença de bem-estar, justifica-se o investimento e aplicação da Psicologia Positiva (Freire, Fonte & Lima, 2007; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva é uma área cada vez mais valorizada, que expande o foco da psicologia clínica para além dos aspetos negativos e da perturbação, abrangendo o bem-estar e funcionamento ótimo (Giacomoni, 2004; Seligman, 1998; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Na verdade, os pacientes não se preocupam apenas com a redução do sofrimento, também desejam uma vida de prazer e significado (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). No entanto, o remover das dificuldades não leva automaticamente ao surgimento destes estados de plenitude (Duckworth et al., 2005). Torna-se por isso necessário, não só suprimir as dificuldades, mas também otimizar as virtudes, dado que pessoas portadoras de perturbações, por exemplo, possuem atributos e ambições que podem funcionar como recursos amortecedores face à adversidade (Duckworth et al., 2005). Isto vai ao encontro da premissa da psicologia positiva de que uma vida plena é mais do que a ausência de sofrimento (Keyes, 2005). Deste modo, impulsionar faculdades inerentes torna-se, sobretudo, importante para os adolescentes, visto que lhes permite construir fatores protetores que serão úteis aquando adultos, causando desta forma um impacto duradouro nas suas vidas (Norrish & Vella-Brodrick, 2009).

Desenvolvimento positivo nos adolescentes

No âmbito destas particularidades da psicologia positiva, surge uma abordagem - *Positive Youth Development* (PYD) - centrada nas potencialidades e sucessos. Além de considerar que todos os

adolescentes apresentam características positivas, sugere que estas podem ser otimizadas, impulsionando a conquista de um potencial pleno (Lerner & Galambos, 1998; Zarrett & Lerner, 2008).

O “Modelo dos cinco C’s”, que partilha a mesma conceção do funcionamento dos adolescentes, salienta cinco categorias relacionadas com o desenvolvimento positivo: competência (perceção otimista das ações do adolescente a vários níveis (e.g., social)); confiança (valorização do próprio, sentir-se capaz); conexão (vinculação positiva entre o adolescente e comunidade); caráter (moralidade e respeito pelas regras da sociedade); compaixão/cuidar (ser empático com os outros) (Bowers, Li, Kiely, Brittan, & Lerner, 2010; Lerner, 2004; Roth & Brooks-Gunn, 2003). Um adolescente que apresente os cinco “Cs” desenvolvidos considera-se, então, em florescimento (Zarret & Lerner, 2008), contudo, tem sido proposto um sexto “C”- contribuição (para o próprio, para a sociedade, comunidade e família) (Zarret & Lerner, 2008).

Fundamental no alcance do desenvolvimento positivo é, de igual modo, a presença de bem-estar, satisfação com a vida e autoestima na adolescência (Freire & Tavares, 2011).

O bem-estar pode ser explicado através de duas visões (Freire & Tavares, 2011). A visão hedónica traduz o bem-estar subjetivo numa avaliação global de satisfação com a vida, sendo associado a um prazer a curto prazo (Diener, 1994; Myers & Diener 1995). Já o bem-estar psicológico (visão eudaimónica) defendido por Ryff (1989) compreende fatores significativos subjacentes a uma autorrealização a longo prazo, sendo necessária a presença de seis dimensões: autonomia, mestria ambiental, crescimento pessoal, relações positivas, propósito para a vida e autoaceitação. Por sua vez, a satisfação com a vida é a componente cognitiva do bem-estar subjetivo (Park, 2004), expressa através de uma avaliação geral da qualidade de vida (Diener, 2000). Níveis altos estão associados com funcionamento positivo (Huebner, 2004). Muitas vezes associada a estas dimensões está a felicidade subjetiva (Boas, 2016). Para a mesma estar presente é necessária não só a presença de satisfação com a vida, como altos níveis de afeto positivo e reduzidos de afeto negativo, variáveis que compõe a experiência afetiva (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Elevado afeto positivo é sinónimo de contentamento, enquanto elevado afeto negativo anuncia mal-estar (Galinha, Pereira, & Esteves, 2014). Presente nas pessoas felizes é, também, a autoestima (Myeres & Diener, 1995), consistindo na avaliação do valor que cada indivíduo faz de si (Blascovich & Tomaka, 1991). Baixos níveis podem estar relacionados com sintomatologia, enquanto níveis elevados com componentes do funcionamento positivo (Mruk, 2006). Associada por vezes à autoestima é a autoeficácia (Sbicigo, Teixeira, Dias, & Dell’Aglia, 2012), estabelecida como a crença que o indivíduo tem acerca da sua competência para enfrentar desafios

(Bandura, 1977; 2006). Altos níveis nesta dimensão predizem persistência e estabelecimento de metas desafiantes (Bandura, 1977; 2006).

Intervenções Psicológicas Positivas e objetivo holístico da saúde mental

Com base nos pressupostos mencionados, reconhece-se cada vez mais a necessidade de promoção do desenvolvimento positivo na adolescência (Freire, 2006; Howell, Keyes, & Passmore, 2013). Assim, a crescente influência da psicologia positiva viabiliza o suporte e expansão das Intervenções Psicológicas Positivas (IPP's), que proporcionam as condições necessárias ao funcionamento pleno, permitindo que os adolescentes se tornem, mais tarde, adultos eficientes e realizados (Freire, Teixeira, & Lima, 2015; Roth & Brooks-Gunn, 2003; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Na sequência destas intervenções, surge a IPP fundamentada no estudo acerca do bem-estar realizado por Seligman (2002), tendo como foco a promoção de virtudes e a atenuação do funcionamento desadaptativo (Freire, Teixeira, Silva, & Matias, 2014). Na mesma corrente de ideias, deu-se o desenvolvimento de uma intervenção que articula estratégias cognitivo-comportamentais com estratégias da psicologia positiva – *Optimal Functioning Therapy for Adolescents* – para ser aplicada em adolescentes com sintomatologia depressiva (Freire et al., 2014). Ainda com base nos mesmos pressupostos, destaca-se a *Well-Being Therapy* (WBT), uma terapia curta com principal finalidade de incrementar o bem-estar (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998). Esta terapia foi desenvolvida com o intuito de incidir especificamente na fase residual das perturbações de humor e ansiedade (Fava et al., 1998), uma vez que um número considerável de pacientes com estas perturbações manifesta sintomas residuais, mesmo após tratamentos considerados eficazes (Fava, 1996). Desta forma, a WBT pode constituir uma estratégia complementar à terapia cognitivo-comportamental (TCC), podendo ser aplicada após a mesma (Fava et al., 1998; Fava, 1999).

Embora a eficácia de terapias convencionais como a TCC seja comprovada em adolescentes com perturbações de humor e ansiedade (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007), a investigação tem demonstrado uma tendência de decréscimo nos seus efeitos a longo prazo (Belsher, Gayle, Costello, & Charles, 1988; Mueller et al., 1999). Tem sido, por isso, sugerida a junção de sessões de reforço (*booster sessions*), aplicadas no final da TCC (Schulp, Munsch, Meyer, Margraf, & Wilhelm, 2009). De facto, a investigação tem demonstrado que TCC com sessões de reforço revela resultados mais perduráveis e eficazes do que quando na ausência destas sessões (Gearing, Schwalbe, Lee, & Hoagwood, 2013).

Além disso, terapias como a TCC focam-se tendencialmente na redução de sintomatologia patológica, o que não representa uma perspetiva holística da saúde dos adolescentes (Freire et al.,

2014). O crescimento da psicologia positiva nesta prática clínica contribui para um olhar mais completo da saúde mental, pois permite reunir aspetos negativos e positivos (Freire et al., 2014), aqueles que realmente possibilitam uma vida com significado (Wood & Tarrier, 2010). De facto, as IPP's podem ser utilizadas também no tratamento da disfunção (Seligman, Rashid, & Park, 2006), tendo sido enfatizada a relevância de integrar os seus fundamentos com os da TCC (Bannink, 2013; Ingram & Snyder, 2006; Karwoski, Garrat, & Ilardi, 2006). Esta integração poderá ser bastante benéfica, permitindo não só um declínio na sintomatologia, bem como uma promoção do desenvolvimento positivo em contexto clínico (Ingram & Snyder, 2006; Karwoski et al., 2006).

Assim, há de facto uma necessidade crescente de aplicação de IPP's em adolescentes em contexto clínico (Sin, Porta, & Lyubomirsky, 2011), até porque estas intervenções positivas têm sido aplicadas maioritariamente em populações normativas, sendo escassos os estudos clínicos (Freire, Araújo, Teixeira, & Lima, 2012; Freire et al., 2014; Sin et al., 2011).

Para atingir esta perspetiva holística da saúde mental é solicitada, então, a integração das intervenções positivas com outras terapias que têm como principal meta a redução de sintomas (Norrish & Vella-Brodrick, 2009). Isto poderá ser realizado através da integração de estratégias da TCC com estratégias das IPP's (Ingram & Snyder, 2006) e, através da implementação de sessões de reforço, atendendo às recomendações que têm vindo a ser feitas em alguns estudos (Eyberg, Edwardm Boggs, & Foote, 1998; Gearing et al., 2013). Exemplo disto é a WBT, que é aplicada na fase residual das perturbações podendo, assim, constituir uma estratégia adicional à TCC (Fava, 1999).

Se implementadas, então, de modo correto e sistemático, as IPP's em contexto clínico, podem, de facto, constituir um contributo fundamental promotor do desenvolvimento positivo e da saúde mental na adolescência (Norrish & Vella-Brodrick, 2009).

Programa de intervenção “Desafio: Ser+”

No âmbito da abordagem PYD e, à semelhança das intervenções anteriormente referidas, com vista ao desenvolvimento positivo dos adolescentes, destaca-se um programa de intervenção desenvolvido em Portugal por Freire, Lima, Teixeira, Araújo e Machado (2018), designado de “Desafio: Ser+”. É um programa de oito sessões em grupo que tem sido aplicado em contexto escolar, tendo sido direccionado para uma população normativa. Tem como propósito promover o funcionamento ótimo, estando direccionado, ao mesmo tempo, para uma vertente preventiva de comportamentos de risco (Freire et al., 2015). Já foi aplicado e avaliado em alunos do 9º ano de escolaridade (Freire et al., 2012; Freire et al., 2018) assim como no 8º e no 11º (Machado, 2014) sendo que os resultados

demonstraram um aumento significativo nos níveis das variáveis promotoras do desenvolvimento positivo após a implementação do programa.

O programa de intervenção “Desafio:+de Ti!”

Formulação Conceitual. O programa de intervenção “Desafio:+de Ti!” trata-se de uma adaptação do programa “Desafio: Ser+”, surgindo da necessidade, anteriormente referida, de implementação de programas com vista ao desenvolvimento positivo em populações clínicas (Freire et al., 2014). Assim, foi desenvolvido com o intuito de ser aplicado individualmente em adolescentes que apresentaram alguma problemática justificativa de atendimento psicoterapêutico. Ou seja, tendo por base as recomendações de aplicação de sessões de reforço após TCC (Gearing et al., 2013), este programa foi desenvolvido com o propósito de ser aplicado após a terapia principal. Tenciona, assim, constituir um complemento que oferece as condições necessárias ao florescimento dos adolescentes.

À semelhança do programa original, o “Desafio:+de Ti!” encontra-se fundamentado e organizado em torno de três partes essenciais correspondentes aos três conceitos que, através de fundamentação empírica, demonstraram ser cruciais para a presença do desenvolvimento positivo nos adolescentes – experiências subjetivas positivas, características individuais positivas e experiências ótimas de vida (Freire et al., 2012; Freire et al., 2015; Freire et al., 2018).

Elaboração, estrutura e características principais do programa. O programa “Desafio:+de Ti!” tem quatro sessões de 90 minutos. Estas foram adaptadas das oito sessões do programa original. O conteúdo principal foi mantido, pelo que as estratégias originais desenvolvidas e empiricamente fundamentadas por Freire, Lima, Teixeira, Araújo e Machado (2018) encontram-se preservadas. Uma vez que é de aplicação individual, algumas atividades de grupo foram retiradas enquanto outras foram ajustadas de modo a poderem ser usadas individualmente. Foi feita uma distribuição equitativa das três dimensões do desenvolvimento positivo (experiências subjetivas positivas, características individuais positivas e experiências ótimas de vida) pelas quatro sessões. Cada sessão é constituída por atividades estruturadas, existindo também atividades inter-sessão que são discutidas no início das sessões seguintes. Na Tabela 1 encontra-se uma representação da estrutura do programa. Para assegurar uma aplicação uniforme foi criado um manual que explicita a organização, os temas e objetivos inerentes a cada sessão, a descrição detalhada das atividades, bem como os anexos referentes aos materiais usados.

Tabela 1

Estrutura do programa “Desafio:+de Ti!”

Número da sessão	Título	Título das atividades	Alguns dos principais objetivos
1	Conhecer o programa; Um enfoque positivo sobre o mundo	Apresentação do programa; Um olhar sobre o mundo à minha volta; Diz-me o que pensas, dir-te-ei o que sentes; Pensar positivo...sentir positivo.	Refletir acerca da existência de enfoques positivos e negativos na interpretação da realidade; Assimilar a ligação entre pensamentos, emoções, comportamentos; Exercitar o gerar de interpretações positivas face a acontecimentos negativos.
2	Experiências positivas de vida e desenvolvimento individual; Conhecer as características individuais positivas	As minhas experiências positivas e desenvolvimento; Crescer +...com experiências+; Os meus pontos fortes; Valores em ação.	Desenvolver uma consciencialização de experiências positivas no dia-a-dia; Refletir no contributo destas experiências para o desenvolvimento; Promover uma postura proativa face ao próprio desenvolvimento; Refletir na importância das características individuais; Promover o desenvolvimento da autoestima; Promover o desenvolvimento de identidade pessoal.
3	Desenvolver e otimizar as características individuais positivas; enfrentar desafios	Partilhando as minhas forças; Os meus valores 5+ e Eu; Ser+ através dos meus valores+; Enfrentar Desafios para Ser+.	Promover o envolvimento em atividades quotidianas relacionadas com as suas qualidades; Promover um comportamento proativo, através do desenvolvimento de características individuais; Compreender a relação entre competências e desafios; Compreender o conceito de experiência ótima e o seu papel no desenvolvimento pessoal;
4	Experiências ótimas de vida e desenvolvimento individual; avaliação do programa	Experiências de envolvimento+; O meu projeto de vida para Ser+; O programa “Desafio:+de Ti!” e eu.	Promover a otimização de experiências ótimas de vida; Construção de um projeto de vida com vista ao funcionamento positivo; Sensibilizar para a relevância de transpor para a vida quotidiana as aprendizagens realizadas.

Objetivos

Este estudo teve como objetivo geral a construção do programa de intervenção “Desafio:+de Ti!” através da adaptação do programa “Desafio: Ser+”, para uma aplicação breve, individual e em adolescentes em contexto clínico, ou seja, após terem sido submetidos a TCC.

Outro objetivo consistiu na implementação do programa, de forma a testar a sua adequação nos participantes do estudo. Assim, foram exploradas as sessões através de parâmetros estabelecidos e de conteúdos destacados, para além de se ter explorado um possível efeito do programa nos níveis das variáveis utilizadas.

Mais especificamente, pretendeu-se verificar se haveria uma tendência de aumento nos níveis das variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo no final da aplicação do programa quando em comparação com os níveis obtidos antes da sua aplicação, mas após a terapia principal. Da mesma forma, verificou-se, também, se haveria uma tendência de decréscimo nos níveis das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica após a aplicação do programa, comparando com os níveis obtidos após a terapia principal, mas antes da aplicação do programa.

Por fim, um dos objetivos consistiu em explorar a avaliação dos participantes relativamente às sessões e ao programa na totalidade, analisando a sua opinião acerca do conteúdo, das atividades, e do efeito que o programa teve em si.

Método

Participantes

Neste estudo participaram dois adolescentes que estiveram em atendimento psicoterapêutico no serviço de consulta da Associação de Psicologia da Universidade do Minho (APsi-UM).

O participante G. é do sexo masculino e tem 11 anos, frequentando o 6º ano. Vive com os pais e com a irmã mais velha. Antes da terapia e segundo os pais, G. apresentava insegurança, dificuldades em adormecer e medos, principalmente da morte. Iniciou o processo terapêutico em outubro de 2017, tendo terminado em fevereiro de 2018. Em março iniciou o programa “Desafio:+de Ti!”, ou seja, logo a seguir à finalização da terapia principal.

D. é do sexo masculino e tem 13 anos, frequentando o 7º ano. Os pais são divorciados, vivendo com a mãe e com o irmão mais velho, sendo o pai ausente. D. começou a ser acompanhado no serviço em 2016 devido a vários medos (e.g., ladrões, cães e escuro). Demonstrava algumas dificuldades em lidar com a ausência do pai, apresentando insegurança, revolta, impulsividade e, por vezes, agressividade. D. referia ter pesadelos constantes, pelo que tinha alguma dificuldade em dormir sozinho. Iniciou o programa “Desafio:+de Ti!” em abril de 2018, passado um ano de ter terminado o processo terapêutico principal. Isto porque o participante demonstrou intenção de ser novamente acompanhado em terapia, tendo sido sugerida a implementação do “Desafio:+de Ti!”.

Medidas

Medidas quantitativas

Escala de Autoestima de Rosenberg. (Rosenberg, 1965; Versão portuguesa de Santos & Maia, 2003). Esta escala possui dez itens, dos quais cinco estão orientados positivamente e os restantes

negativamente. Resultados elevados apontam para níveis elevados de autoestima. O alfa de Cronbach é de 0.86.

Escala de Bem-estar Psicológico para adolescentes. (Bizarro, 1999). É constituída por 28 itens e tem um formato tipo *Likert* de seis pontos (entre “sempre a “nunca”). Contém cinco subescalas: Ansiedade, Cognitiva-Emocional Negativa, Apoio Social, Perceção de Competências, Cognitiva-Emocional Positiva. Quanto maior a pontuação total, mais elevados os níveis de bem-estar. Os níveis de consistência interna são satisfatórios, tanto para as subescalas em separado, como para o índice final de bem-estar (alfa de Cronbach=.93).

Escala de Satisfação com a Vida. (Huebner, 1991; Versão Portuguesa de Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2007). Esta escala tem sete itens com respostas a variar entre 1 (Discordo Totalmente) a 6 (Concordo Totalmente). Quanto mais alta a pontuação do índice global, mais elevados os níveis de satisfação com a vida. Exibe um alfa de Cronbach de .89.

Escala de Autoeficácia. (Baessler & Schwarzer, 1996; Versão Portuguesa de Nunes, Schwarzer, & Jerusalem, 1999). Possui dez itens, respondidos numa escala de *Likert* de 1 (nada parecido comigo) a 10 (totalmente parecido comigo). O alfa de Cronbach é de 0.89.

Escala de Felicidade Subjetiva. (Lyubomirsky & Lepper, 1999; Versão portuguesa para adolescentes traduzida pelo Grupo de Investigação em Funcionamento Ótimo, 2013). É constituída por quatro itens em forma de questão, com possibilidades de resposta de 1 a 7. Tem um alfa de Cronbach de 0.76.

Positive and Negative Affect Schedule. (Watson, Clark, & Tellegen, 1998; Versão reduzida portuguesa de Galinha, Pereira, & Esteves, 2014). Avalia o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN). Possui dez itens, dos quais cinco refletem emoções positivas relacionadas com AP e os restantes, emoções negativas relacionadas com AN. Escala de AP com um alfa de Cronbach=0.86 e, de AN com alfa de Cronbach=0.89.

Brief Symptom Inventory (BSI). (Degoratis, 1993; Adaptação de Canavaro, 1999). Instrumento que avalia a psicossomatologia através de 53 itens respondidos numa escala de 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas vezes). São avaliadas nove dimensões: Somatização, Obsessões-compulsões; Sensibilidade interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação paranoide e Psicoticismo. Ademais, existem três índices globais: Índice Geral de Sintomas (relaciona a intensidade dos sintomas com o número de sintomas), Índice de Sintomas Positivos (média da intensidade das queixas apresentadas) e Total de Sintomas Positivos (número de sintomas apresentados), que

contribuem para uma avaliação geral da perturbação emocional. Alfa de Cronbach entre .7 e .8 para as nove escalas.

Avaliação das sessões e do programa. No final de cada sessão e do programa, os participantes avaliaram numa escala de Likert o grau de apreciação dos mesmos, em que 1 (não gostei) e 6 (gostei muito).

Medidas qualitativas

Avaliação das sessões. No final das sessões, foi pedido aos participantes para enunciarem o que mais e menos apreciaram. Além disso, foi solicitado que mencionassem o porquê da sessão ter sido importante para eles e o que aprenderam com a mesma.

Avaliação do programa. No final do programa, foi pedido aos participantes para refletirem acerca deste como um todo, mencionando os aspetos que mais e menos gostaram, o que aprenderam, se recomendariam e porquê e, por fim, que palavra escolheriam para o definir.

Procedimento

Inicialmente, realizou-se o desenvolvimento do programa “Desafio:+de Ti!”, uma adaptação do programa “Desafio: Ser+” para uma aplicação individual e em contexto clínico.

De seguida, deu-se a implementação do programa. Os participantes foram adolescentes que se encontravam em atendimento no serviço de consulta da APsi-UM no período de realização do estudo, e que se inseriam na idade pretendida (11 a 15 anos). Foi entregue aos pais/educadores responsáveis um consentimento informado que explicitou as condições e objetivos inerentes ao programa, solicitando a sua colaboração. Como esta intervenção se realizou no âmbito de uma investigação, a participação não envolveu custos monetários. Além disso, não existiram riscos associados.

A terapeuta foi a mesma em todas as aplicações do programa, sendo estagiária no serviço de consulta da APsi-UM. A investigadora observou a implementação de todas as sessões, com o consentimento acerca das observações obtido.

Deste modo, após o processo terapêutico principal adequado às problemáticas apresentadas pelos adolescentes, estes foram submetidos a quatro semanas do programa (embora o intervalo de tempo entre a terapia e o programa tenha sido diferente para cada participante).

Existiram dois momentos de avaliação principais: após a terapia e antes do programa “Desafio:+de Ti!” (pré-teste) e após o programa (pós-teste). O protocolo de avaliação consistiu numa bateria de questionários que avalia variáveis positivas (autoestima, autoeficácia, satisfação com a vida, felicidade subjetiva, bem-estar psicológico, afeto positivo) e variáveis clínicas (afeto negativo, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade,

ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo), tendo sido também considerados os índices globais do BSI.

Todos os parâmetros éticos foram considerados.

Análise de dados

Em relação à análise quantitativa, foi realizada uma análise descritiva (médias e desvios-padrão) das variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo, assim como, das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica, de modo a verificar que tendência assumiam os níveis das variáveis entre o pré e o pós-teste nos dois participantes. Além disso, foram analisadas as pontuações dadas pelos participantes nas fichas de avaliação das sessões e do programa.

Relativamente à análise qualitativa, foram exploradas e simplificadas as respostas dadas pelos participantes nas fichas de avaliação das sessões e do programa, de modo a que o seu conteúdo pudesse ser retratado da forma mais próxima e representativa possível nos resultados. Além disso, como se constatou que as respostas dos dois participantes iam ao encontro das categorias estabelecidas e utilizadas em estudos anteriores com o programa “Desafio: Ser+” (Freire et al., 2012; Freire et al., 2018; Machado, 2014), associaram-se essas categorias às respostas obtidas neste estudo, de forma a simplificar a visualização da informação e do conteúdo.

Resultados

1. Exploração da implementação do programa “Desafio:+de Ti!” nos dois participantes

1.1. O programa e as variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo.

A Tabela 2 expõe, para cada variável, as médias e desvios-padrão no pré-teste e pós-teste de ambos os participantes e do total (participantes G. e D.).

Tabela 2

Medidas descritivas das variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo

	G.		D.		Total	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Autoestima (AE)*	3.90 (0.30)	4.00 (0)	2.60 (0.49)	3.30 (0.46)	3.25 (0.65)	3.65 (0.35)
Autoeficácia (AEF)**	7.40 (1.96)	9.30 (0.90)	4.90 (2.02)	7.00 (1.00)	6.15 (1.25)	8.15 (1.15)
Satisfação com a vida (SCV)***	5.29 (0.70)	5.71 (0.45)	2.14 (1.25)	3.14 (1.81)	3.72 (1.58)	4.43 (1.29)
Felicidade subjetiva (FS)****	6.50 (0.87)	6.75 (0.43)	3.25 (0.43)	5.75 (0.43)	4.88 (1.63)	6.25 (0.50)
Bem-estar psicológico (BEP)***	5.68 (0.47)	5.62 (0.29)	3.68 (0.70)	4.15 (0.57)	4.68 (1.00)	4.89 (0.56)
Afeto positivo (AP)*****	5.00 (0)	4.40 (0.80)	3.60 (0.80)	3.80 (0.40)	4.30 (0.70)	4.10 (0.30)

*Nota.**escala de 1 a 4 no sentido de uma AE positiva;**escala de 1 a 10 no sentido de uma AEF positiva;***escala de 1 a 6 no sentido de uma SCV e de um BEP positivos;****escala de 1 a 7 no sentido de uma FS positiva;*****escala de 1 a 5 no sentido de um AP positivo.

No geral, verificou-se uma tendência para um aumento nos níveis de todas as variáveis, à exceção do AP, que apresentou uma diminuição.

Especificamente, em G., embora se tenha observado uma diminuição dos níveis de BEP e AP, verificou-se uma tendência de aumento nos níveis das restantes variáveis. Além disso, o participante G. demonstrou estar acima do ponto médio de todos os instrumentos de avaliação.

Quanto ao participante D., houve uma tendência de aumento dos níveis em todas as variáveis. No pré-teste, encontrava-se abaixo do ponto médio dos instrumentos de avaliação de AEF, SCV e FS, no entanto, no pós-teste, apresentou-se acima do ponto médio de todos.

Na Figura 1 encontram-se representadas as tendências das variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo, no total e para o participante G. e D.

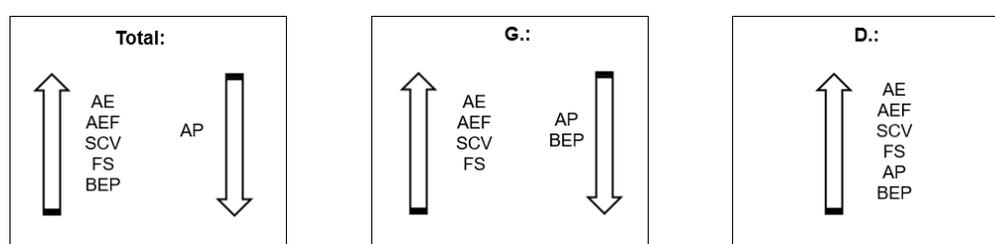


Figura 1. Tendências das variáveis relacionadas com desenvolvimento positivo.

1.2.0 programa e as variáveis relacionadas com sintomatologia clínica.

A Tabela 3 expõe, para cada variável, as médias e desvios-padrão no pré-teste e pós-teste de ambos os participantes e do total (participante G. e D.).

Tabela 3

Medidas descritivas das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica

	G.		D.		Total	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Afeto negativo (AN)*	1.20 (0.40)	1.20 (0.40)	3.20 (0.98)	2.00 (1.26)	2.20 (1.00)	1.60 (0.40)
Somatização	0.14 (0.35)	0 (0)	0.43 (0.73)	0.57 (0.73)	0.29 (0.15)	0.29 (0.29)
Obsessões-compulsões	0.33 (0.47)	0.17 (0.37)	1.17 (0.69)	0.83 (0.69)	0.75 (0.42)	0.50 (0.33)
Sensibilidade interpessoal	0 (0)	0 (0)	2.25 (0.43)	1.00 (1.22)	1.13 (1.13)	0.50 (0.50)
Depressão	0 (0)	0 (0)	2.00 (1.00)	0.67 (1.22)	1.00 (1.00)	0.34 (0.34)
Ansiedade	0.33 (0.47)	0 (0)	1.00 (1.15)	1.00 (1.15)	0.67 (0.34)	0.50 (0.50)
Hostilidade	0.40 (0.80)	0 (0)	2.20 (0.75)	2.00 (0.90)	1.30 (0.90)	1.00 (1.00)
Ansiedade fóbica	0 (0)	0 (0)	1.00 (1.55)	0 (0)	0.50 (0.50)	0 (0)
Ideação paranoide	0 (0)	0 (0)	1.60 (0.80)	1.40 (1.36)	0.80 (0.80)	0.70 (0.70)
Psicoticismo	0.20 (0.40)	0 (0)	1.20 (0.75)	0.20 (0.40)	0.70 (0.50)	0.10 (0.10)

Índice Geral de Sintomas	0.17 (0.42)	0.02 (0.14)	1.43 (1.11)	0.87 (1.03)	0.80 (0.63)	0.45 (0.52)
Índice de Sintomas Positivos	1.13 (0.33)	1.00 (0)	1.90 (0.86)	1.70 (0.81)	1.52 (0.39)	1.35 (0.35)

Nota.*escala de 1 a 5 no sentido de um maior nível de AN.

No geral, verificou-se uma tendência para um decréscimo nos níveis de todas as variáveis (incluindo dos índices globais do BSI), à exceção da somatização que manteve os níveis entre o pré e pós-teste.

Relativamente a G., apenas os níveis de AN foram os mesmos no pré e pós-teste, tendo-se verificado uma tendência de decréscimo nos níveis das restantes variáveis. Este participante não pontuou significativamente em nenhuma variável relacionada com sintomatologia clínica.

Quanto ao participante D., embora se tenha observado um aumento dos níveis de somatização e o manter dos níveis de ansiedade entre o pré e o pós-teste, verificou-se uma tendência de decréscimo nos níveis relacionados com as restantes variáveis. Este participante pontuou, no pré-teste, nas escalas de sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, enquanto no pós-teste, não pontuou em nenhuma das variáveis. Ainda, apresentou-se acima do ponto médio de AN no pré-teste, mas não no pós-teste.

Na Figura 2 encontram-se representadas as tendências das variáveis relacionadas com sintomatologia, no total e para o participante G. e D.

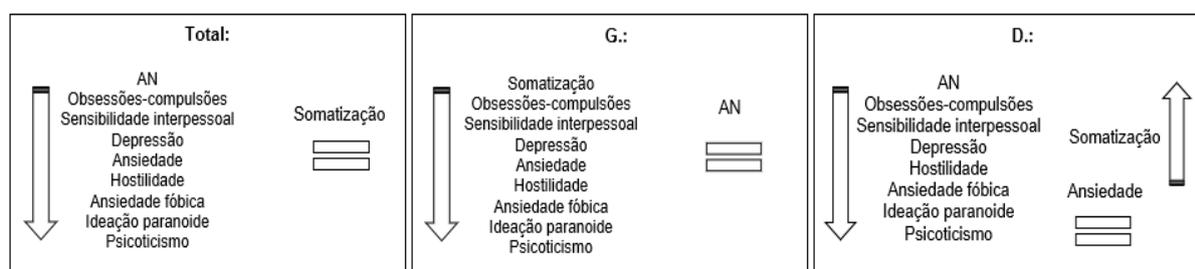


Figura 2. Tendências das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica.

1.3. Exploração das sessões

Para a exploração das sessões foram estabelecidos parâmetros estruturais (ver Tabela 4), acordados e analisados entre a terapeuta e a investigadora presente nas aplicações. Além disso, nos conteúdos, foram destacadas duas atividades com a pretensão de representar, pelo menos em parte, algumas temáticas e conceitos abordados, bem como alguns desafios propostos, possibilitando uma imagem mais concreta da dinâmica subjacente ao programa.

1.3.1. Parâmetros Estruturais

Tabela 4

Parâmetros estruturais

	G.	D.
O plano das sessões foi seguido?*	Sim.	Sim.
O tempo de cada sessão foi cumprido?	Sim.	Foram utilizados 20 minutos adicionais (sessão 2 e 3).
Todas as atividades foram realizadas?	Sim.	Não foi realizada uma atividade inter-sessão (entre a sessão 3 e 4).
Os objetivos propostos pelo programa foram atingidos?**	Sim.	Sim.
Principais dificuldades sentidas pelos participantes	Identificação de experiências positivas e de características individuais positivas (sessão 2).	Identificação de atividades que pretendiam implementar com maior frequência e de características individuais positivas (sessão 2).

Nota. *este parâmetro explora se os participantes, de facto, cumpriram a sequência de atividades prevista para cada sessão; **este parâmetro explora, através do acordo entre terapeuta e investigadora que observou a aplicação do programa, se os participantes atingiram os objetivos, anteriormente referidos, e estipulados para cada sessão.

1.3.2. Conteúdos

Salienta-se a atividade “Valores em ação” (sessão 2), em que os participantes responderam a um questionário *online* de modo a tomarem consciência de algumas das suas características individuais positivas. Após o preenchimento, foi-lhes dado o perfil das 24 forças de caráter listadas por ordem decrescente consoante o destaque que assumem no adolescente, assim como uma breve descrição de cada uma. Assim, as cinco forças que mais se destacaram em G. foram bravura, amor, prudência, justiça e perdão, e as que menos se destacaram foram humor, perspectiva, liderança, apreciação de beleza e excelência e, por fim, espiritualidade. As cinco forças mais desenvolvidas de D. foram bravura, trabalho em equipa, justiça, integridade e humor. Por sua vez, as menos salientes foram vitalidade, prudência, autocontrolo, esperança e espiritualidade. No final da atividade, foi realizada uma reflexão acerca dos sentimentos despoletados nos participantes, bem como acerca da importância de conhecerem as suas potencialidades e da possibilidade de as desenvolver, independentemente da posição assumida.

Outra atividade a destacar é “Os meus valores 5+ e Eu” (sessão 3), em que os participantes foram incentivados a selecionar um dos cinco valores obtidos no questionário da sessão anterior,

aquele que, na sua opinião, fosse o mais importante. De seguida, analisaram de que modo essa característica se manifesta nos seus vários contextos de vida. Na Figura 3 encontram-se exemplificadas as respostas dadas por G. e D.

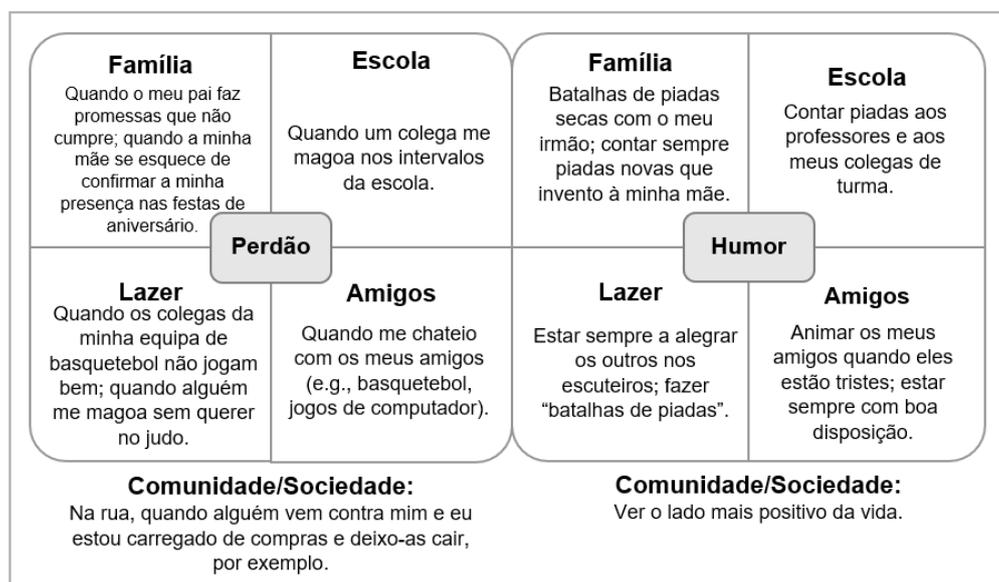


Figura 3. O valor de G. (Perdão) e o valor de D. (Humor) nos seus contextos de vida.

2. Exploração das avaliações das sessões e do programa

2.1. Avaliação qualitativa

Relativamente à avaliação qualitativa das sessões, as respostas dos participantes estão representadas na Tabela 5, juntamente com as categorias definidas por Freire, Araújo, Teixeira e Lima (2012).

Tabela 5

Refletindo na sessão: Respostas dos participantes e respetivas categorias

	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Categorias
“O que mais gostei nesta sessão foi”:	Penúltima atividade; Interação entre a terapeuta e o participante.	Última atividade; Descobrir as minhas características.	Antepenúltima atividade; Aprender a desenvolver as minhas características.	Atividade do diploma; Rever sessões anteriores.	As atividades realizadas; O conhecimento pessoal; O desenvolvimento pessoal; A reflexão realizada; Outros.
“O que menos gostei nesta sessão foi”:	Nada; Relembrar algumas situações negativas.	Nada; Relembrar pessoas negativas.	Nada	Nada	Nada; A recordação de experiências negativas
“Esta sessão foi importante para mim porque”:	Aprendi que existem diferentes formas de pensar na mesma situação.	Aprendi que existem seis dimensões do desenvolvimento.	Identifiquei vantagens das minhas características; Percebi como posso desenvolver as	Consegui atingir o meu objetivo. Fiz o projeto de vida;	As aprendizagens realizadas; O conhecimento pessoal; O desenvolvimento pessoal; A valorização pessoal;

		Descobri as minhas características.	minhas características.		As mudanças pessoais; As atividades realizadas
“O que aprendi nesta sessão?”	Existem diferentes formas de pensar na mesma situação.	As seis áreas do desenvolvimento.	Vantagens das minhas características; A desenvolver as minhas características.	Como fazer um projeto de vida. Aprendi muito.	A valorização pessoal; O desenvolvimento pessoal; Outros

Tal como está demonstrado na tabela, os participantes referiram *as atividades realizadas* como um dos aspetos que mais gostaram. Frequentemente, não houve *nada* que não tivessem apreciado, à exceção da recordação de *experiências negativas*. Relativamente ao motivo da sessão ter sido importante, *as aprendizagens realizadas* foram um dos aspetos mais mencionados. À pergunta “O que aprendi nesta sessão?”, emergiram aspetos como a *valorização pessoal e desenvolvimento pessoal*.

Relativamente à avaliação qualitativa do programa “Desafio:+de Ti!” em geral, as respostas estão representadas na Tabela 6, juntamente com as categorias associadas.

Tabela 6

O programa “Desafio:+de Ti!” e Eu: Respostas dos participantes e respetivas categorias

		Categorias
“Em geral, o que mais gostei neste programa foi”:	Identificar os meus valores, Refletir sobre o desenvolvimento.	O conhecimento pessoal; A reflexão realizada
“O que menos gostei foi”:	Exige escrever muito. Não saber quais são as minhas características negativas para as poder melhorar.	Outros
“Com este programa aprendi”:	Os meus pensamentos, emoções e comportamentos influenciam-se entre si. A desenvolver as minhas características.	O desenvolvimento pessoal; Outros
“Recomendaria este programa porque”:	Achei interessante. Aprendemos muito.	A apreciação positiva do programa; As aprendizagens realizadas.
“Se tivesse de o definir numa palavra escolheria”:	Incrível Interessante	

Considerando em conjunto as respostas em relação às sessões e em relação ao programa no geral, *o desenvolvimento pessoal, o conhecimento pessoal, as atividades realizadas e as aprendizagens realizadas* foram as categorias mais mencionadas como positivas.

2.2.Avaliação quantitativa

No que concerne à avaliação quantitativa das sessões e do programa, na Figura 4 estão presentes as respostas selecionadas pelos participantes no final de cada sessão e do programa.

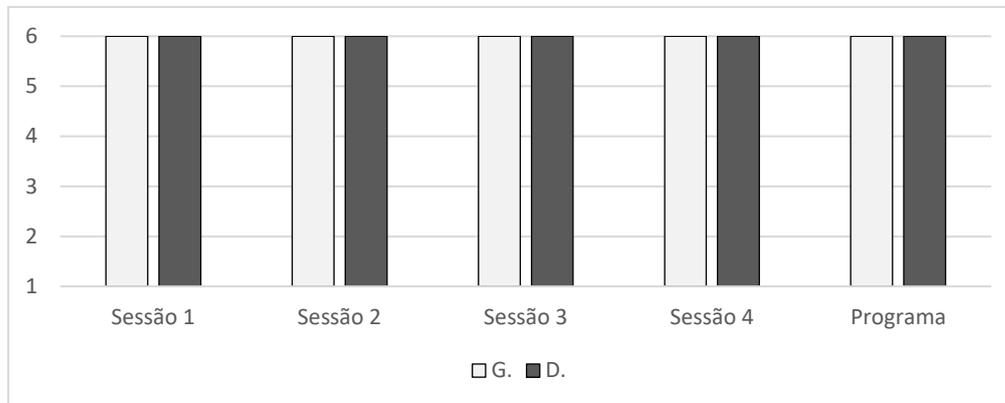


Figura 4. De uma forma geral, quão gostei da sessão/programa.

Através da Figura é possível apurar que os participantes avaliaram de uma forma positiva, não só cada sessão, como também o programa no geral, tendo atribuído sempre a pontuação máxima (6).

Discussão

Este estudo teve como propósito geral a construção de um programa breve, “Desafio:+de Ti!”, através da adaptação do programa “Desafio: Ser+”, de modo a ser aplicado individualmente em adolescentes em contexto clínico após a TCC. Para além disso, teve como objetivo a implementação e o testar da adequação do programa nos participantes de duas formas: exploração das sessões realizadas pelos participantes e exploração de um possível efeito do programa nas dimensões relacionadas com o desenvolvimento positivo e relacionadas com sintomatologia clínica. Desta forma, este estudo tenciona constituir uma contribuição para o alargamento do conhecimento relativo a programas com vista ao desenvolvimento positivo a nível da prática clínica.

No geral, os resultados demonstraram uma tendência de aumento nos níveis das variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo, após a aplicação do programa. Estes resultados vão ao encontro da eficácia que tem sido demonstrada das IPP’s na promoção do desenvolvimento positivo em adolescentes (Rashid, Anjum, & Lennox, 2006; Ruini, Belaise, Brombin, Caffo, & Fava, 2006), mesmo em casos com sintomatologia clínica, propiciando as condições necessárias ao bem-estar e à felicidade (Seligman et al., 2006; Sin & Lyubomirsky, 2009; Wood & Tarrier, 2010). Na verdade, estudos com o programa original “Desafio: Ser+” demonstraram um aumento nos índices de algumas variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo após o programa, como é o caso da AE e SCV (Freire et al., 2012; Freire et al., 2018; Machado, 2014) e autoconceito e BEP (Freire et al., 2012;

Machado, 2014). Não surpreende que, portanto, a AEF, a FS e o AP, variáveis também muito presentes em indivíduos felizes (Bandura, 2006; Diener et al, 2003, Galinha et al., 2014) se encontrem orientadas no mesmo sentido.

O facto dos níveis de AP e BEP terem apresentando uma diminuição em G., poderá ser devido aos seus níveis elevados antes da aplicação do programa, sendo que o participante se encontrava acima do ponto médio de todos os instrumentos de avaliação. Na verdade, G. apresentava o nível máximo na escala de AP e níveis elevados de BEP, que podem ter sido promovidos pelo processo terapêutico principal em que G. esteve antes de participar no “Desafio:+de Ti!”. Efetivamente, torna-se mais difícil promover o AP e o BEP, em adolescentes que inicialmente apresentem níveis elevados nestas dimensões (Froh, Kashdan, Ozimkowski, & Miller, 2009).

Segundo os resultados verificou-se, também, no geral, uma tendência para um decréscimo nos níveis de variáveis relacionadas com sintomatologia clínica após a aplicação do “Desafio:+de Ti!”. Os resultados parecem ser consistentes com a literatura, visto que se tem verificado que as IPP's podem contribuir para um alívio de sintomatologia, sobretudo, depressiva, podendo ser usadas como recurso terapêutico na disfunção mental (Seligman et al., 2006). Havendo uma integração entre IPP's e TCC essa eficácia torna-se ainda mais evidenciada (Ingram & Snyder, 2006; Karwoski et al., 2006).

As diferenças apresentadas entre G. e D. em relação aos níveis de algumas variáveis poderão ter sido acentuadas pelo contraste existente nos intervalos de tempo entre a terapia principal e o “Desafio:+de Ti!”. Enquanto G. deu início ao programa logo a seguir ao término da terapia, D. iniciou um ano depois de a ter terminado. Assim, os efeitos da terapia poderiam estar ainda bastante presentes em G., favorecendo a ausência de psicopatologia, e em D. já diluídos, contribuindo para a presença de maiores níveis de sintomatologia. De facto, no pré-teste, D. pontuou em várias escalas do BSI enquanto G. não pontuou em nenhuma. Por conseguinte, os níveis das variáveis poderão ter sido, também, influenciados no pós-teste, justificando o aumento na somatização e o manter da ansiedade em D. Na verdade, pacientes com níveis mais elevados de sintomatologia no pré-teste anunciam níveis mais elevados no pós-teste (Eskildsen, Hougaard, & Rosenberg, 2010).

No que toca à exploração das sessões, e particularmente aos parâmetros estruturais, as atividades foram realizadas, os objetivos cumpridos e o plano e tempo estabelecidos foram respeitados, à exceção de duas sessões do participante D., em que foi necessária a adição de 20 minutos. Este último ponto poderá ser explicado, sobretudo, devido a diferenças visíveis a nível de características pessoais entre os dois adolescentes. Além disso, foram identificadas algumas dificuldades, nomeadamente, a nível de identificação de experiências positivas e características pessoais. Tendo em

conta a idade dos participantes, é natural o surgimento destas dificuldades, pois nesta fase desenvolvimental o pensamento concreto poderá estar ainda na passagem para um pensamento abstrato e planeado (Steinberg, 2005), em que se dá uma estruturação e complexificação na forma como se veem a si mesmos (Trent, Russel, & Cooney, 1994). Ademais, é necessário o alcance de estados desenvolvimentais que possibilitem uma identificação com as atividades de modo a ser viável uma rentabilização das suas vantagens (Layous, & Lyubomirsky, 2014). Contudo, tendo em conta os parâmetros e conteúdos destacados, pode-se constatar a adequação do programa nestes participantes, ou seja, não foi ressaltada nenhuma necessidade de alteração. É por isso viável manter a estruturação do programa, uma vez que, apesar de algumas dificuldades apresentadas, nenhuma colocou em causa a viabilidade do mesmo.

Explorar as avaliações das sessões e do programa por parte dos participantes, foi mais um objetivo do estudo. *As atividades realizadas* foram referidas como um dos aspetos mais positivos das sessões, o que é bastante animador, uma vez que os adolescentes tendem a aplicar o conhecimento adquirido nos seus contextos de vida, quando validam as tarefas e as consideram positivas (Schueller, 2011). Várias vezes afirmaram não existir *nada* que não tivessem gostado na sessão, tendo sido apenas mencionado por D. *a recordação de experiências negativas*. No entanto, esta recordação foi necessária para atividades de promoção de interpretações positivas face a acontecimentos negativos. Como aspetos menos apreciados no programa, os participantes apontaram o escrever muito e o não terem explorado características negativas, apenas positivas. O programa foi desenvolvido de modo a poder ser aplicado em diversos contextos, ou seja, os materiais envolvidos são simples e de baixo custo (e.g., manual, fichas, material de escrita). Além disso, as atividades de escrita são importantes pois permitem que o participante guarde os seus materiais num *dossier* entregue no início do programa, de modo a, mais tarde, poder recordar os conhecimentos adquiridos. A não exploração de características negativas deve-se ao facto da psicologia positiva se propor a direcionar o foco para as virtudes dos adolescentes, em oposição à visão negativa predominante na investigação (Rich, 2003). Dentro dos aspetos mais mencionados, tanto na avaliação das sessões como do programa, destacam-se *o conhecimento pessoal e o desenvolvimento pessoal*. Sendo uma fase de exploração de potencialidades e de como estas se ajustam aos vários contextos, é natural que na adolescência estes aspetos assumam um papel particularmente importante (Steinber & Morris, 2001). Na verdade, aprender e desenvolver virtudes pessoais, tem-se revelado especialmente satisfatório para os adolescentes (Proctor et al., 2011). Ambos asseguraram que recomendariam o programa a um amigo e utilizaram as

palavras “incrível” e “interessante” para o descreverem, o que reforça a visão positiva que os participantes tiveram do programa.

O conteúdo das respostas dadas pelos participantes vai ao encontro das categorias estabelecidas e utilizadas em estudos anteriores com o programa “Desafio: Ser+” (Freire et al., 2012; Freire et al., 2018; Machado, 2014). Assim, algumas das categorias que se destacam, tanto neste estudo como em anteriores com o “Desafio: Ser+”, são *o conhecimento pessoal, o desenvolvimento pessoal, as atividades realizadas e as aprendizagens realizadas*.

Relativamente à avaliação quantitativa, o facto de ambos os participantes terem atribuído sempre a pontuação máxima, revela, mais uma vez, a apreciação positiva do programa e o impacto positivo deste nas suas vidas. Estes resultados vão, também, ao encontro de estudos prévios com o programa original “Desafio: Ser+” (Freire et al., 2012; Freire et al., 2018; Machado, 2014).

Sendo este um estudo exploratório, surgem algumas limitações a mencionar, como o tamanho da amostra, uma vez que apenas é possível tirar ilações relativamente ao efeito do programa nos dois participantes, não sendo possível uma generalização dos resultados. O facto dos participantes terem intervalos de tempo diferentes entre a terapia e o programa também emerge como outra limitação, dado que acentuou as diferenças a nível das dimensões utilizadas. Além disso, o facto de não ter existido um momento de avaliação antes da terapia principal também se constitui como outra limitação do estudo. Ademais, não foi possível a realização de um follow-up dentro do prazo de entrega da dissertação de mestrado. No entanto, ainda se pretende realiza-lo, de modo a apurar a continuidade dos efeitos do programa nos dois participantes.

Assim, numa perspetiva futura, recomenda-se a realização de estudos experimentais que possibilitem a análise da eficácia destes programas com vista ao desenvolvimento positivo e que viabilizem a generalização dos resultados. Além disso, a inclusão de participantes do sexo feminino seria pertinente, dado que a literatura tem anunciado a necessidade de analisar efeitos da variável género (Freire et al., 2018).

Além das limitações, este estudo evidencia pontos fortes merecedores de referência. Assim, a utilização de uma análise qualitativa possibilitou o acesso a informação mais pormenorizada que não poderia ser obtida apenas através de uma análise quantitativa. A inclusão de instrumentos que avaliam variáveis clínicas, não restringindo a variáveis positivas, fornece uma visão mais completa acerca do impacto do programa no desenvolvimento dos participantes, indo ao encontro da necessidade, anunciada noutros estudos, da integração de medidas negativas (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2004).

Um dos pontos fortes mais proeminentes é a implementação do programa em contexto clínico, uma vez que a aplicação de programas com vista ao desenvolvimento positivo dá-se maioritariamente em amostras normativas, sendo escassos e necessários estudos clínicos (Freire et al., 2012; Freire et al., 2014; Freire et al., 2015; Sin et al., 2011). De facto, alguns estudos têm solicitado o desenvolvimento e implementação de IPP's em amostras clínicas de adolescentes, de modo a verificar se as mesmas contribuem para um alívio de sintomatologia (Freire et al., 2014; Sin et al., 2011). Seria, por isso, conveniente a continuidade de estudos clínicos no futuro.

Em suma, o programa “Desafio:+de Ti!” revelou ser adequado aos objetivos a que se propunha, tendo tido um impacto positivo nos dois adolescentes deste estudo, uma vez que promoveu uma tendência de aumento nos índices de variáveis relacionadas com o desenvolvimento positivo e uma tendência de decréscimo nos índices das variáveis relacionadas com sintomatologia clínica. Além disso, as sessões, no geral, decorreram como planeadas, e os participantes atingiram os objetivos propostos. Ademais, os adolescentes avaliaram o programa de forma bastante positiva, tendo sido realçadas as aprendizagens e o desenvolvimento pessoal resultante da participação. Assim, devido a este impacto positivo, é esperado que os conhecimentos adquiridos continuem a ser implementados e a contribuir para uma trajetória positiva destes adolescentes. O presente estudo, contribui assim, para um alargamento do conhecimento acerca de programas com vista ao desenvolvimento positivo na adolescência e em contextos clínicos. Para além disso, constitui-se como mais um reforço da importância da integração das intervenções positivas com a prática clínica. Ou seja, apoia a perspetiva holística de que para além do alívio de sintomatologia, é necessária a promoção de aspetos positivos, com vista ao alcance de uma saúde mental plena e de uma vida com significado na adolescência.

Referências

- Albieri, E., & Visani, D. (2014). The role of psychological well-being in childhood interventions. In G. Fava & C. Ruini (Eds.), *Increasing psychological well-being in clinical and educational settings* (pp. 115-134). Heidelberg: Springer.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1–8.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 1-43). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Bannink, F. P. (2013). Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? *The Journal of Happiness & Well Being*, 1(2), 61–69.
- Belsher, G., & Costello, C. G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: a critical review. *Psychological bulletin*, 104(1), 84.
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal;
- Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp.115-160). San Diego: Academic Press.
- Boas, D. F. V. (2016). *Escala de felicidade subjetiva: validação em adolescentes portuguesas* (Dissertação de Mestrado). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.
- Bowers, E. P., Li, Y., Kiely, M. K., Brittan, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2010). The five Cs model of positive youth development: A longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measurement invariance. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(7), 720-735. doi:10.1007/s10964-010-9530-9
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Teste e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, *591*, 98-124. doi:10.1177/0002716203260102
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: BSI* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Pearson
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, *31*(2), 103-157. doi:10.1007/BF01207052
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*(1), 403–425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 629–651. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154
- Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, *64*(2), 94-105. doi:10.3109/08039480903426929
- Eyberg, S. M., Edwards, D., Boggs, S. R., & Foote, R. (1998). Maintaining the treatment effects of parent training: The role of booster sessions and other maintenance strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*(4), 544-554. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00173.x
- Fava, G. A. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *65*(1), 2-13. doi:10.1159/000289025
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and psychosomatics*, *68*(4), 171-179. doi:10.1159/000012329
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, *28*, 475–480.
- Freire, T. (2006). Leisure experience and positive development of adolescents: From theory to intervention. In A. Delle Fave (Ed.), *Dimensions of well-being: Research and intervention* (pp. 366-381). Milano: Franco Angeli.

- Freire, T., Fonte, C., & Lima, I. (2007). As experiências ótimas na vida diária de adolescentes: implicações para um desenvolvimento positivo. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, *X*(2), 223-242.
- Freire, T., Lima, I., Teixeira, A., Araújo, M. R., & Machado, A. (2018). Challenge: To Be+. A group intervention program to promote the positive development of adolescents. *Children and Youth Services Review*, *87*, 173-185. doi:10.1016/j.childyouth.2018.02.035
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjectivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *38*(5), 184-188;
- Freire, T., Teixeira, A., & Lima, I. (2015). Um programa de intervenção para a promoção do funcionamento ótimo de adolescentes. Unpublished manuscript.
- Freire, T., Teixeira, A., Silva, E., & Matias, G. P. (2014). Interventions for youth depression: From symptom reduction to well-being and optimal functioning. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, *6*(2), 9-19. doi:10.5460/jbhsi.v6.2.50816
- Froh, J. J., Kashdan, T. B., Ozimkowski, K. M., & Miller, N. (2009). Who benefits the most from a gratitude intervention in children and adolescents? Examining positive affect as a moderator. *The Journal of Positive Psychology*, *4*(5), 408-422. doi:10.1080/17439760902992464
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo - PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, *28*(1), 50-62.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., Lee, R., & Hoagwood, K. E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *30*(9), 800-808. doi:10.1002/da.22118
- Gestsdottir, S., & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Human Development*, *51*(3), 202-224. doi:10.1159/000135757
- Giacomini, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, *12*(1), 43-50;
- Howell, A., Keyes, C., & Passmore, H-A. (2013). Flourishing among children and adolescents: Structure and correlates of positive mental health, and interventions for its enhancement. In C. Proctor & A. Linley (Eds.), *Research, applications, and interventions for children and adolescents: A positive psychology perspective* (pp.59-80). Heidelberg: Springer
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the student's life satisfaction scale. *School Psychology International*, *12*(3), 231-240. doi:10.1177/0143034391123010

- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research, 66*(1-2), 3–33. doi:10.1023/B:SOCI.0000007497.57754.e3
- Ingram, R. E., & Snyder, C. R. (2006). Blending the good with the bad: Integrating positive psychology and cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(2), 117–122. doi:10.1891/jcop.20.2.117
- Karwoski, L., Garratt, G. M., & Ilardi, S. S. (2006). On the integration of cognitive-behavior therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Introduction Quarterly, 20*(2), 159-170. doi:10.1891/jcop.20.2.159
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539-548
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1403-1413. doi:10.1097/chi.0b013e3180592aaa
- Layout, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The how, why, what, when, and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive activity interventions. In J. Gruber & J. T. Moskowitz (Eds.), *Positive emotion: Integrating the light sides and Dark Sides* (pp. 473-495). New York, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199926725.003.0025
- Lerner, R. M., & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology, 49*, 413-446.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., ... von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence, 25*(1), 17-71. doi:10.1177/0272431604272461
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46*, 137–155. doi:10.1023/A:1006824100041
- Machado, A. (2014). *Promoção do desenvolvimento positivo de adolescentes: impacto do programa Desafio: Ser+ no início e final da adolescência* (Dissertação de Mestrado). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.

- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2007). Validation of a Portuguese version of the students' life satisfaction scale. *Applied Research in Quality of Life, 2*(2), 83-94.
doi:10.1007/s11482-007-9031-5
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., ... & Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry, 156*(7), 1000-1006.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological Science, 6*(1), 10-19.
doi:10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x
- Norrish, J. M., & Vella-Brodrick, D. A. (2009). Positive psychology and adolescents: Where are we now? Where to from here?. *Australian Psychologist, 44*(4), 270-278.
doi:10.1080/00050060902914103
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). A escala de auto-eficácia geral percebida. Retirado de <http://www.healthpsych.de>.
- Park, N. (2004). Character strengths and positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 591*, 40-54. doi:10.1177/0002716203260079
- Proctor, C., Tsukayama, E., Wood, A., Maltby, J., Fox Eades, J., & Linley, A. (2011). Strengths Gym: The impact of a character strengths-based intervention on the life satisfaction and well-being of adolescents. *The Journal of Positive Psychology, 6*(5), 377-388.
doi:10.1080/17439760.2011.594079
- Raffaelli, M., & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology, 39*, 1036-1046.
- Rashid, T., Anjum, A., & Lennox, C. (2006). Positive psychotherapy for middle school children. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 250-287). New York: Guilford Press.
- Rich, G. J. (2003). The positive psychology of youth and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 32*(1), 1-3.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

- Roth, J., & Brooks-Gunn, J. (2003). Youth development programs: Risks, prevention and policy. *Journal of Adolescent Health, 32*, 170-182. doi:10.1016/S1054-139X(02)00421-4
- Ruini, C. Belaise, C. Brombin, E. Caffo, G. A., & Fava, A. (2006). Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(6), 331-336. doi:10.1159/000095438
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 253-268.
- Sbicigo, J. B., Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Propriedades psicométricas da escala de autoeficácia geral percebida (EAGP). *Psico, 43*(2), 139-146.
- Schlup, B., Munsch, S., Meyer, A. H., Margraf, J., & Wilhelm, F. H. (2009). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(7), 628-635. doi:10.1016/j.brat.2009.04.003
- Schueller, S. M. (2011). To each his own well-being boosting intervention: Using preference to guide selection. *The Journal of Positive Psychology, 6*, 300–313.
doi:10.1080/17439760.2011.577092
- Seligman, M. E. P. (1998). Building human strength: Psychology's forgotten mission. *APA Monitor, 29*(1), 1-6.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Park, N. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774-788. doi:10.1037/0003-066X.61.8.774
- Sin, N. L., Della Porta, M. D., & Lyubomirsky, S. (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi & J. Nakamura (Eds.), *Applied Positive Psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 79-96). New York: Routledge.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487. doi:10.1002/jclp.20593

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, *9*(2), 69-74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, *52*(1), 83-110. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.83
- Trent, L. M., Russell, G., & Cooney, G. (1994). Assessment of self-concept in early adolescence. *Australian Journal of Psychology*, *46*(1), 21-28. doi: 10.1080/00049539408259465
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063--1070.
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 819-829. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.003
- Zarrett, N., & Lerner, R. M. (2008). Ways to promote the positive development of children and youth. *Child Trends*, *11*(2), 1-5.