



UC/FPCE 2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Emoções Positivas: Estudo de validação *Dispositional Positive Emotions Scale* para a população portuguesa.

Ana Raquel Sapeta Martinho (ana.sapeta@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Pinto-Gouveia

Coimbra, 2013

Emoções Positivas: Estudo de validação *Dispositional Positive Emotions Scale* para a população portuguesa.

Na última década, a felicidade, a psicologia positiva e as emoções positivas têm atraído a atenção científica. Consequentemente, um novo modelo foi avançado para descrever a forma e função de um subconjunto de emoções positivas. Este novo modelo postula que essas emoções positivas servem para ampliar o repertório do pensamento-acção momentâneo de um indivíduo, que por sua vez resulta na construção de recursos físicos, intelectuais e sociais do mesmo e consequentemente a sua satisfação com a vida (Fredrickson, 1998). O principal objectivo da presente investigação é validar a Escala de Emoções Positivas (DPES) na população Portuguesa e comparar com uma amostra clínica (ambulatório). Prodeceu-se a uma Análise Factorial Confirmatória, tendo por base a AEE, a um modelo de sete factores. Para comparar as duas amostras foi feita uma análise Teste *t*-Student. Resultados demonstraram que o ajustamento do modelo é sofrível, esta versão demonstrou boa consistência interna e boa validade convergente e discriminante.

Palavras-chave: DPES, emoções positivas, afecto positivo, satisfação com a vida, psicopatologia.

Positive Emotions: Validation study of *Dispositional Positive Emotions Scale* for Portuguese Population.

In the last decade happiness, positive psychology and positive emotions have attracted scientific attention. Consequently, a new model was advanced to describe the form and function of a subset of positive emotions. This new model posits that these positive emotions serve to broaden an individual's momentary thought-action repertoire, which in turn has the effect of building individual's physical, intellectual, and social resources and thereafter more satisfaction with life (Fredrickson, 1998). The main objective of the present research is to validate the Dispositional Positive Emotions Scale (DPES) in the Portuguese population. Also compare it with a clinical sample (outpatient). To compare the two samples was used a *t*-Student Test. Results demonstrated that the adjustment of the model is tolerable, this version also showed good internal consistency and good convergent and discriminant validity.

Keywords: DPES, Positive Emotions, Positive Affect, Satisfaction with Life Psychopathology.

Agradecimentos

Apesar de a realização de esta dissertação de mestrado, pela sua finalidade académica, ser um trabalho individual, resultou não apenas do empenho da autora, mas também do apoio e incentivo de outros. Por esta razão, desejo expressar sinceros agradecimentos:

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia, meu orientador, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade reveladas na colaboração da elaboração deste estudo, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

À Mestre Joana Duarte, pela sua disponibilidade, pela ajuda preciosa e motivação que me transmitiu ao longo do percurso.

Aos excelentes colegas de profissão e de trabalho que colaboraram no estudo com a sua disponibilidade na aplicação dos questionários, no contexto da recolha da amostra clínica.

Agradeço ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Amato Lusitano, de Castelo Branco, ter permitido a recolha no serviço de psicologia, do Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental.

À minha família, em particular, à minha Mãe, que sempre me estimula a crescer pessoal e cientificamente, pelas trocas de impressões, pela dedicação nas leituras e principalmente pelo seu apoio incondicional nas alturas de desmotivação.

A todas as minhas amigas e amigos pelo apoio incondicional.

A todos os que participaram neste estudo de forma voluntária, contribuindo para que fosse possível a sua realização.

A todos o meu muito Obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAQ-II	Acceptance & Action Questionnaire-2
AEE	Análise Equações Estruturais
AIC	Akaike Information Criterion
BSI	Brief Symptom Inventory
CFI	Comparative Fit Index
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
DM ²	Distância de Mahalanobis, ao quadrado
DPES	Escala de Emoções Positivas
ECVI	Expected Cross-Validation Index
EMWS	Early Memories of Warmth Scale
EQ	Experiences Questionnaire
Ex	Exemplo
FC	Fiabilidade compósita
FCS	Fears of Compassions Scales
GFI	Goodness of Fit Index
MDEs	Modified Differential Emotions scale
PANAS	Positive Affect and Negative Affect Scale
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SCS	Self Compassion Scale
SELFCS	Self Compassion Scale
Sk	Skewness
SPSS	Statistical Program for Social Sciences
IBM	International Business Machines Corporation
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TAS	Toronto Alexithymia Scale
TLI	Tucker-Lewis index
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
VEM	Variância Extraída Média

LISTA DE SÍMBOLOS

<	Menor
=	Igual
>	Maior
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual
%	Por cento/Percentagem
<i>dp</i>	desvio padrão
<i>ku</i>	kurtosis (curtose)
<i>M</i>	média
<i>p</i>	nível de significância
<i>Sk</i>	skewness (assimetria)
α	alfa de Cronbach
λ	pesos factoriais
λ^2	pesos factoriais, ao quadrado
χ^2/df	χ^2 de ajustamento dividido pelos <i>degrees of freedom</i> (graus de liberdade)
DM^2	Distância de Mahalanobis, ao quadrado
<i>r</i>	Correlação de Pearson
<i>n</i>	Numero de sujeitos da amostra

Índice

Introdução.....	2
I – Enquadramento conceptual.....	2
Emoções Positivas	2
Broaden and Build theory of Positive Emotions (Teoria “alagar e construir” das Emoções Positivas)	6
II – Objectivos	8
III – Metodologia	8
Amostra.....	8
Medidas	9
Procedimento.....	12
IV – Resultados	16
V – Discussão.....	23
Bibliografia	28

Introdução

I – Enquadramento conceptual

Na última década, as emoções positivas têm atraído cada vez mais a atenção científica, e têm sido estudadas como marcadores de bem-estar geral ou felicidade. Porém, analisar as emoções positivas como resultados foi apenas o começo, em vários estudos, as emoções e experiências positivas demonstraram prever ou contribuir para diversas metas da vida; bem como para o aumento da longevidade; melhor saúde mental; melhoria da função imunológica; menos dor, incapacidade física e mortalidade em pessoas com doença crónica; as emoções positivas foram também associadas a taxas de maior recuperação em situações pós-operatórias, assim como durante a hospitalização; demonstrou-se que o afecto positivo pode ser tão benéfico na prevenção de uma gripe como preventivo de um ataque súbito de doença, como um acidente vascular cerebral ou um enfarte (Seligman, 2008; Frederickson, 2008).

O estudo das emoções positivas insere-se na área da Psicologia Positiva, também recentemente, debatida e foco de múltiplas investigações. Começou por ser descrito como investigar o que torna a vida digna de ser vivida.

Segundo Duckworth, Steen, & Seligman (2004) psicologia positiva é o estudo científico de experiências positivas e traços individuais positivos, e das instituições que facilitem o seu desenvolvimento. A área em questão está relacionada com o bem-estar e o funcionamento ideal. Diz-nos que os indivíduos que “carregam” até as mais pesadas cargas psicológicas preocupam-se com muito mais nas suas vidas, do que apenas, com o alívio do seu sofrimento. E que mesmo as pessoas com problemas querem mais satisfação, contentamento e alegria, e não apenas menos tristeza e preocupação. Querem construir os seus pontos fortes e não apenas corrigir os pontos fracos. Querem vidas imbuídas de significado e de propósito. Esclarecendo que estes estados não vêm, automaticamente, apenas quando o sofrimento é removido e que a promoção da emoção positiva e a construção do carácter pode ajudar, directa e indirectamente, para aliviar o sofrimento e desfazer as suas causas mais profundas.

Emoções Positivas

As emoções podem ser definidas como “*um subconjunto da classe mais ampla dos fenómenos afectivos*” e que “*por afecto se refere a sentimentos*”

conscientemente disponíveis", o que significa que todas as emoções são sentidas/experienciadas (Fredrickson, 1998, 2001).

A distinção entre as emoções positivas e outros estados afetivos positivos intimamente relacionados, tais como prazer sensorial e humor positivo, tem sido muitas vezes confusa.

Embora as definições de emoções variem, ligeiramente entre os investigadores, existe um consenso emergente de que as emoções são melhor conceptualizadas como tendências de resposta com múltiplos componentes (incorporando tensão muscular, libertação de hormonas, alterações cardiovasculares, expressão facial, atenção e cognição, entre outras alterações), que se desenrolam num, relativamente, curto espaço de tempo.

É importante fazer a distinção entre emoções positivas, prazer sensorial e humor positivo. O prazer sensorial inclui experiências como gratificação sexual, saciedade de fome ou sede e a reparação de estados desagradáveis (ex: frio, dor ou ruído excessivo). Prazer sensorial partilha com as emoções positivas uma sensação subjetiva de agrado, que inclui mudanças fisiológicas, no entanto uma emoção requer também a apreciação de algum estímulo ou uma avaliação do seu significado.

As emoções positivas também se assemelham a estados de humor positivos. Porém, segundo Oatley & Jenkins (1996) e Rosenberg (1998) (citado por Frederickson, 2008), as emoções diferem de estados de humor, em que as emoções estão relacionadas com alguma circunstância pessoal significativa, são geralmente de curta duração e ocupam o primeiro plano ou "*foreground*" da consciência. Em contraste, os estados de humor são geralmente de livre-flutuação ou sem objectivo/finalidade, são mais duradouros e ocupam o "*background*" da consciência.

As emoções servem uma grande variedade de funções sociais importantes, incluindo a regulação das relações interpessoais. Emoções positivas, embora pouco estudadas, são particularmente cruciais para a formação e manutenção de ligações sociais. Segundo Costa & McCrae, 1980 (citado por Shiota et al., 2006) a extroversão, uma característica da personalidade, antagónica de estados depressivos, que predispõe os indivíduos para o afecto positivo, tornando-o o núcleo da extroversão.

Estas foram algumas das emoções positivas definidas, por alguns autores: Alegria, Contentamento, Orgulho, Amor, Interesse, Esperança, Gratidão,

Optimismo, Compaixão, Humor e Admiração (Shiota, Keltner, & John, 2006; Frederickson, 1998; Gusewell, & Ruch, 2012). Tal como as emoções negativas, também existem diversas emoções positivas que são fenomenologicamente diferentes entre si, como: a Alegria, o Contentamento, o Orgulho, o Amor, a Compaixão, o Humor e a Admiração.

Alegria, por vezes, mencionada como felicidade, refere-se a uma emoção de elevada excitação, sentida quando o ambiente assinala uma iminente melhoria de recursos, sendo preciso gastar energia para adquirir essa recompensa, é uma emoção com uma elevada correspondência à expressão facial, a elevados padrões de apreciação, correlações neurológicas e efeitos cognitivos (Frederickson, 1998; Lazarus, 1991).

O contentamento é experienciado quando um dos recursos actuais, de um indivíduo, se iguala ou excede o nível de necessidade. Fredrickson (1998) descreve o contentamento, como um sentimento que pede aos indivíduos para saborearem as suas circunstâncias de vida actuais e sucessos recentes, facilitando a codificação dos comportamentos que levaram ao sucesso.

O orgulho é experienciado quando se consegue um empreendimento socialmente valorizado, se aumenta o *status* social dentro de um grupo e os direitos para reivindicar recursos desse grupo. Comportamentos orgulhosos incluem propaganda de sucesso e activação comportamental elevada. O orgulho é uma emoção social no sentido de que reflete a avaliação de auto-comparação com os outros, mas o efeito principal da sua demonstração pode ser para melhorar o acesso aos recursos materiais (Shiota, Keltner, & John, 2006).

Amor, neste contexto, envolve o sentimento experienciado, quando se percebe o outro a actuar como um cuidador seguro e confiável, e uma submissão passiva e total a ser-se o destinatário deste cuidador.

A compaixão é uma emoção positiva que, tal como o amor, é um dos principais facilitadores do desenvolvimento e manutenção de laços íntimos com outros. A compaixão é, comumente, compreendida como uma abertura para o sofrimento dos outros, no entanto, segundo vários autores esta relaciona-se, também, com sentimentos de amabilidade, gentileza, afecto, empatia, capacidade de compreensão e o não-julgamento (Gilbert et al., 2011a, b).

As pessoas experimentam admiração quando confrontadas, com um estímulo altamente complexo que as estruturas de conhecimento actuais não conseguem assimilar na totalidade (Shiota, Keltner, & John, 2006).

Historicamente, o trabalho empírico da psicologia estava focado em avaliar e curar o sofrimento individual. Houve uma explosão na pesquisa sobre distúrbios psicológicos e os efeitos negativos dos stressores ambientais, tais como o divórcio dos pais, a morte de entes queridos, e abuso físico e sexual. Psicoterapeutas centraram-se no tratamento das doenças mentais, dos pacientes, dentro de um quadro de doença por tratamento/reparação de danos, como: maus hábitos, vontades perdidas, infâncias deterioradas e lesões cerebrais.

As três primeiras missões estabelecidas na Psicologia foram:

- Curar/tratar a doença mental;
- Tornar a vida de todas as pessoas mais produtiva e satisfatória;
- Identificar e nutrir as elevadas capacidades excepcionais/talentos.

Esta atenção quase exclusiva à patologia negligenciou o indivíduo realizado/satisfeito e a comunidade próspera. O objectivo da psicologia positiva é começar a catalisar uma mudança no foco da psicologia, da preocupação apenas com a reparação das piores coisas da vida, também, para a construção de qualidades positivas.

Filósofos e escritores há muito debatem a natureza e origem da felicidade, chegando a uma ampla gama de conclusões mas nunca a uma consensual definição. Recentemente, a psicologia positiva surgiu com um foco na procura da felicidade ou em como ser feliz.

Psicólogos “positivos” acreditam que as emoções positivas têm recebido muito pouca atenção empírica dentro da psicologia aplicada, em relação às emoções negativas (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). O central retirado de muitas teorias da emoção é que está, por definição, associada a impulsos para agir de forma particular. Os modelos que enfatizam o papel desta tendência de acção específica, tendem a conceptualizar as emoções como adaptações evoluídas. As emoções negativas têm um valor adaptativo intuitivamente óbvio: limitando os nossos reportórios pensamento-acção para aqueles que melhor promoveram a sobrevivência dos nossos antepassados, em situações de risco de vida. Nesta visão, as emoções negativas são soluções eficientes para problemas recorrentes, tal como os

enfrentados, no passado. As emoções positivas, por outro lado, não estão tão facilmente explicadas. Deste ponto de vista evolutivo, alegria, serenidade e gratidão não parecem tão úteis como o medo, raiva ou aversão. Em vez de resolver problemas de sobrevivência imediata, emoções positivas resolvem problemas relativos ao crescimento e desenvolvimento pessoal. Experimentar uma emoção positiva pode levar a estados de espírito e modos de comportamento que, indirectamente, prepararam o indivíduo para tempos difíceis, que possam surgir no futuro (Frederickson, 2003). Tornando igualmente importante o estudo das emoções positivas.

Broaden and Build theory of Positive Emotions (Teoria “alargar-construir” das Emoções Positivas)

Formulada por Barbara Fredrickson (1998), a teoria “alargar-construir” é pretende proporcionar uma explicação evolucionária da utilidade das emoções positivas. Centra-se sobre o que faz os seres humanos ‘florescer’, características positivas e mais particularmente, nas emoções positivas. A teoria sugere que as emoções positivas, por exemplo, alegria, amor, contentamento e orgulho, conseguem desencadear uma espiral ascendente para bem-estar emocional, “alargando” o âmbito de cognição e acções. As emoções positivas, em oposição às negativas, tornam mais flexível a cognição, atenção e as tendências de resposta. Como mencionado anteriormente, enquanto as emoções negativas foram desenhadas pela evolução para responder a situações, em que a sobrevivência é posta em causa, as emoções positivas evoluíram sobretudo pelos seus benefícios adaptativos indirectos e a longo prazo. Esses benefícios são a construção de recursos pessoais que podem ser físicos, sociais, cognitivos ou psicológicos. As emoções positivas podem levar a benefícios adaptativos duradouros através da construção destes recursos pessoais, com tendência a durar mais que os estados emocionais transitórios. Recursos pessoais, tais como por exemplo, a resiliência ou saber lidar com as adversidades (Fredrickson, 2004). Assim, os indivíduos com mais recursos têm à partida, maior probabilidade de sobreviver, quando confrontados com desafios do ambiente.

Em suma, a “*broaden-and-build theory of positive emotions*” sustenta que as emoções positivas momentâneas conseguem ampliar reportórios

pensamento-acção das pessoas e levar a acções que constroem recursos pessoais mais duradouros (Frederickson, 1998, 2001, 2004).

Fredrickson (2003) a partir da sua teoria extrapolou e sustentou a hipótese de que as emoções positivas são ingredientes activos dentro da característica resiliência. Estudantes universitários norte-americanos (18 homens e 28 mulheres) foram avaliados no início de 2001 e, novamente, nas semanas após os ataques terroristas de 11 de setembro. Análises mediacionais mostraram que as emoções positivas experienciadas na sequência dos ataques - gratidão, interesse, amor, e assim por diante - foram responsáveis pelas relações entre (a) resiliência pré-crise e posterior desenvolvimento de sintomas depressivos e (b) resiliência pré-crise e crescimento pós-crise como recursos psicológicos. Os resultados sugerem que as emoções positivas no rescaldo da crise, são como um “para-choque”, tornando as pessoas resilientes contra a depressão, o que é consistente com a *broaden-and-build theory of positive emotions*.

Num estudo longitudinal de estudantes universitários que lidam com os problemas da vida comum, os resultados mostraram que estado de experienciar emoções positivas correlacionado com o uso de estratégias de *coping* criativas e de mente aberta, prevê um aumento das emoções positivas cinco semanas mais tarde. (Figura 1.)

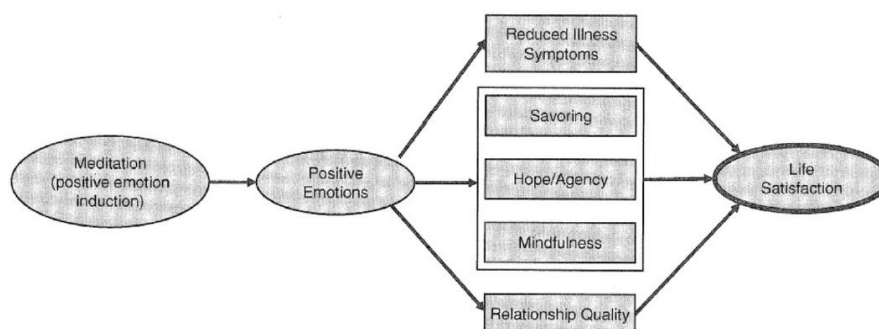


Figura 1. – Resultados de uma investigação, duma intervenção baseada nas emoções positivas. (Frederickson,2008)

A intervenção aumentou as emoções positivas diariamente, o que gerou a construção de recursos físicos (caixa do topo), recursos psicológicos (caixa do meio) e recursos sociais (caixa inferior/em baixo). Esta construção de recursos levou a um aumento da satisfação com a vida. (Frederickson,2008)

De facto, um dos impedimentos ao estudo das emoções positivas tem sido a falta de métodos para as estudar, comparativamente às emoções negativas.

As escalas que existem para as emoções positivas não avaliam todas as emoções positivas (por exemplo, o PANAS uma das escalas mais conhecidas só avalia emoções positivas e elevada activação). No nosso conhecimento, existem apenas dois instrumentos que medem a disposição para experimentar diferentes emoções positivas: uma versão modificada do Differential Emotions Scale de Izard (1977), (MDEs; Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003), e Dispositional Positive Emotions Scales (DPES; Shiota, Keltner, & John, 2006).

II - Objectivos

O objectivo principal deste estudo são traduzir e validar a Escala de Emoções Positivas (*Dispositional Positive Emotions Scale*; Shiota, Keltner, & John, 2006), para população portuguesa. Para além disso, também teve como objectivo recolher uma amostra clínica, compará-la à população geral e perceber se havia diferenças entre essas duas amostras.

III - Metodologia

Amostra

Foi recolhida uma amostra de 331 sujeitos da população geral portuguesa. A média das idades foi de 33.31 anos ($dp = 14.031$), idade mínima 18 e idade máxima 76; a maioria dos participantes é do sexo feminino, no que se refere à escolaridade são licenciados e tendo em conta o estado civil são solteiros.

A amostra clínica recolhida contém utentes que recorreram à consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, da ULSCB. Foi recolhida uma amostra clínica de 30 sujeitos, em contexto ambulatório, em que a média das idades foi de 40.53 anos ($dp = 14.924$), idade mínima 18 e idade máxima 70; a maioria é do sexo feminino, no que se refere à escolaridade a maioria estudou 9 anos e tendo em conta o estado civil a maioria são solteiros (Tabela 1.).

Os resultados do teste qui-quadrado e do teste binomial (apenas para a variável sexo) revelaram a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres, entre as categorias de escolaridade e entre as categorias do estado civil.

Tabela 1. Características Socio-demográficas de duas amostras: uma não-clínica (grupo da comunidade e estudantes) e de uma Clínica

	Amostra Clínica (<i>n</i> = 30)		Amostra Não-Clínica (<i>n</i> = 331)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade (anos)	40.53	14.92	33.31	14.03
Escolaridade (anos)	9.9	3.8	14	3.01
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género				
Masculino	8	26.7	97	29.3
Feminino	22	73.3	234	70.7
Estado Civil				
Solteiro	13	43.3	183	55.3
Casado	9	30	121	36.6
Divorciado	5	16.7	15	4.5
Viúvo	1	3.3	2	0.6
União de facto	2	6.7	10	3
Escolaridade				
4 ^o	6	20	9	2.7
9 ^o	11	36.7	15	4.5
12 ^o	9	30	131	39.6
Bacharelato	1	3.3	5	1.5
Licenciatura	2	6.7	135	40.8
Mestrado	1	3.3	32	9.7
Doutoramento	-	-	4	1.2

Medidas

Dispositional Positive Emotion Scale (DPES), Shiota, Keltner, & John, 2006 (Tradução e adaptação de Pinto-Gouveia, Duarte, & Martinho, 2012).

É um instrumento de auto-relato com 38 itens, com sete escalas, que contém 5-6 itens: alegria, contentamento, orgulho, amor, compaixão, diversão e admiração. Os autores obtiveram os seguintes *alphas de Cronbach* para cada escala: .82 para a alegria; .92 para o contentamento; .80 para o orgulho; .80 para o amor; .80 para a compaixão; .75 para o humor; .78 para a admiração (Shiota, Keltner, & John, 2006).

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42), Lovibond & Lovibond, 1995 (Tradução e adaptação de Pais-Ribeiro, Honrado, & Isabel Leal, 2004). Esta versão com 42-itens da escala de depressão, ansiedade e stress consiste em três subescalas medindo depressão (ex. eu senti-me com o coração partido e triste), Ansiedade (ex. eu estava ciente da secura na minha boca) e Stress (ex. Eu tive dificuldade em relaxar). É pedido aos participantes para avaliarem de 0-3 o quanto cada frase se aplicou a eles na passada semana, numa escala Likert de (0=não se aplicou nada a mim) ate (3=Aplicou-se muito a mim). Os valores do alpha de Cronbach para cada escala foi: depressão, .91, Ansiedade .84 e Stress .90 (Lovibond & Lovibond, 1995).

Early Memories of Warmth Scale (EMWS), Richter, Gilbert, & McEwan, 2009 (Trad. e adaptação de Matos, & Pinto-Gouveia, 2010).

Esta escala foi projectada para medir memórias de sensação de segurança e cuidados/afecto na infância. Os 21 itens incluem declarações como "Sentia-me compreendido(a).", "Sentia-me valorizado(a) pela minha maneira de ser.". A medida de resposta consiste numa escala do tipo Likert, em que cada afirmação está aplicada à sua infância (0 = Não, nunca, 1 = Sim, mas raramente, 2 = Sim, algumas vezes, 3 = Sim, frequentemente, 4 = Sim, a maior parte do tempo). Esta escala obteve alpha de Cronbach .97 (Richter, Gilbert, & McEwan, 2009).

Fears of Compassion Scales (FCS), Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011 Há 3 tipos de escalas medidoras do medo da compaixão: 1) medo de sentir ou expressar compaixão pelos outros (10 itens ex. ser muito compassivo torna as pessoas fracas e alvos fáceis para se tomar vantagem) 2)medo de receber compaixão dos outros (13 itens ex. tento manter distância dos outros mesmo se eles forem simpáticos) e 3) medo da auto-compaixão (15 itens ex. tenho medo que se for muito compassivo comigo próprio, posso ficar dependente disso). Os participantes respondem numa escala de Likert o quanto concordam com cada frase (0=não concordo de todo, até, 4=concordo completamente. O alpha de Cronbach para cada escala foi: .72 na de medo de expressar compaixão por outros, .80 na de medo de receber compaixão e .83 para a do medo da auto-compaixão (Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011a).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Bagby, Parker, & Taylor, 1994 (Tradução e adaptação de Prazeres, Parker, & Taylor, 2000)

A escala Toronto alexitimia mede três factores: 1) dificuldade em identificar sentimentos – aceder à habilidade de identificar sentimentos e distinguir isso das sensações corporais que acompanham excitação sentimental (ex. Eu sinto-me muitas vezes confuso sobre que emoção sinto. 2) Dificuldade em descrever sentimentos – aceder à habilidade de descrever sentimentos para os outros (ex. eu só capaz de descrever os meus sentimentos facilmente). 3) Pensamento orientado para o exterior – medir a tendências dos indivíduos para focar a sua atenção no exterior. (ex. Eu prefiro analisar problemas do que apenas descreve-los) Cada um dos 20 itens está cotado até 5 pontos numa escala Likert desde 1 (Discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os autores reportaram que o alpha Cronbach foi: .80 para o factor 1, .76 para o factor 2, .71 para o factor 3 e .86 para o total da escala.

Acceptance & Action Questionnaire-2 (AAQ-II), versão de Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz, & Zettle, 2011 (Trad. e adaptação de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012)

Mede em 7 itens elevada aceitação/complacência ou elevado evitamento experiencial com uma escala de resposta de Likert de 1 (Nunca verdadeiro) a 7 (Sempre verdadeiro). Segundo os autores esta escala obteve uma média de alphas de Cronbach de .89 (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012).

Self-Compassion Scale (SELFCS), Neff, 2003 (Trad. e adaptação de Pinto-Gouveia & Castilho, 2006)

Esta escala de auto-compaixão possui 7 subescalas: a Auto-Compaixão, a Auto-Amabilidade, o Auto-Julgamento, Condição Humana, Isolamento, Mindfulness e Identificação extra. Segundo os autores os alphas de Cronbach de cada factor são: Calor/Compreensão ($\alpha = .88$), Condição Humana ($\alpha = .81$), Mindfulness ($\alpha = .77$), Autocrítica ($\alpha = .88$), Isolamento ($\alpha = .82$), Sobreidentificação ($\alpha = .81$) e SELFCS total ($\alpha = .94$).

Satisfaction with Life Scale (SWLS), Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985 (Trad. e adaptação de Neto, 1993)

Consiste em 5-itens que são preenchidos pelo indivíduo cuja satisfação com a vida está a ser medida. O alpha de Cronbach da versão portuguesa obtido pelos autores é de .78 (Neto, 1993).

Brief Symptom Inventory (BSI), Derogatis, 1993 (Tradução e adaptação de Canavarro, 1995)

Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado. Possui 53 itens, com escala de resposta tipo Likert e as nove dimensões de sintomatologia são: As subescalas que compõem o BSI são (alphas de Cronbach): *Somatização* (.81), *Obsessões-Compulsões* (.76), *Sensibilidade Interpessoal* (.65), *Depressão* (.84), *Ansiedade* (.80), *Hostilidade* (.74), *Ansiedade Fóbica* (.62), *Ideação Paranóide* (.64) e *Psicoticismo* (.56) (Canavarro, 1999).

Procedimento

Para o processo de tradução da escala DPES foram consideradas várias recomendações propostas para a tradução e adaptação de instrumentos de avaliação psicológica.

A tradução obedeceu ao método de tradução – retroversão (Hill & Hill, 2005). Com o intuito de comparar o grau de correspondência entre a versão original da DPES e a sua versão portuguesa, foi realizada uma retroversão da DPES recém traduzida, a qual foi levada a cabo por uma especialista em língua inglesa. Foi comparada a retroversão (inglês) da DPES com a sua versão original. Após isto, concluiu-se que não existiam diferenças gramaticais e de conteúdo salientes pelo método de retroversão.

Relativamente aos procedimentos para recolha da amostra, os instrumentos foram aplicados em versão impressa, contendo uma breve explicação do estudo e um consentimento informado, na qual era assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados, todos os participantes deram o seu consentimento. Foi recolhida uma amostra de conveniência, pela investigadora principal, na zona centro do país, composta na sua maioria por elementos da comunidade e por estudantes. Foi feito um pedido ao Conselho

de Administração da Unidade Local de Saúde – Castelo Branco para aplicar também numa amostra clínica, no DPSM, no serviço de psicologia em consulta externa. O pedido foi autorizado e procedeu-se de igual modo, adicionou-se mais um instrumento de avaliação psicológica (BSI) e todos os participantes deram o seu consentimento informado.

O procedimento de análise estatística foi conduzido usando o IBM SPSS versão 20 e o software Amos para PCs.

No presente estudo foi feita a validação da DPES através do método AEE. Foi privilegiado este método de análise estatística, em alternativa aos tradicionais, primeiro por ser actualmente, extremamente, popular nas ciências sociais e humanas, segundo Marôco (2010) tem-se registado um acréscimo exponencial de utilização desta técnica de análise, em artigos publicados (últimos 8 anos). Ao utilizar instrumentos de medida que pretendem operacionalizar variáveis latentes, factores ou constructos, de um forma geral, os métodos clássicos em que as variáveis predictoras consideradas nos modelos relacionais não são isentas de erro de mensuração, têm tendência para atenuar para atenuar as estimativas dos parâmetros e a inflacionar os erros-padrão. Segundo Marôco (2010) a AEE permite expelir os ‘erros-nas-variáveis’ por intermédio de modelos de medida e modelos estruturais que ‘descontaminam’ as variáveis dos seus erros de medida aquando da estimação dos parâmetros do modelo.

Por outro lado, para lidar com a complexidade dos modelos teóricos, que neste caso, em particular, envolvem múltiplas variáveis, manifestas e latentes, a AEE possibilitou testar o ajustamento global, dos diferentes modelos, bem como a significância individual de parâmetros numa generalização teórica. Portanto os modelos clássicos revelaram-se inapropriados.

A estrutura factorial do DPES foi avaliada através de uma Análise Factorial Confirmatória. Foram usados Modelos de Equações Estruturais, com o método de estimação da Máxima Verosimilhança. Contudo, estas propriedades só são válidas quando as variáveis manifestas apresentam distribuição normal multivariada, não podendo haver violação dos pressupostos associados à análise das equações estruturais (AEE).

Habitualmente, são utilizados como testes de ajustamento à distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk), porém como estes são extremamente sensíveis ao tamanho da amostra e a pequenos desvios da normalidade, sendo estes desaconselhados (Maroco, 2010). Em alternativa utilizaram-se as medidas de forma de distribuição, assimetria (sk) e achatamento ou curtose (ku).

Para fazer o diagnóstico de *outliers* recorreu-se a uma medida multivariada, nomeadamente a distância de Mahalanobis, ao quadrado (DM^2).

Para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo analisaram-se os seguintes índices: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA. Também para comparar o ajustamento dos modelos originais e modelos ajustados, foram usados os índices AIC e ECVI. O teste da diferença de χ^2 foi também usado para testar a significância das diferenças de ajustamento entre os modelos.

Segundo Marôco (2010), no âmbito da AEE, a validade relacionada com o constructo é determinada por três componentes:

- validade factorial: é geralmente avaliada pelos pesos factoriais (λ), é usual assumir que se λ de todos os itens são superiores ou iguais a 0.5, o factor apresenta validade factorial. A fiabilidade individual (λ^2) é, também, uma condição necessária para demonstrar validade factorial, de uma forma geral considera-se que $\lambda^2 \geq .25$ é indicador de fiabilidade individual apropriada;

- validade convergente: ocorre quando os itens que são reflexo de um factor saturam fortemente nesse factor. Fornell e Larcker (1981) propuseram avaliar a validade convergente por intermédio da variância extraída média (*VEM*) pelo factor, é usual considerar que $VEM \geq 0.5$ é indicador de validade convergente adequada (Hair, et al., 1998);

- validade discriminante: avalia se os itens que reflectem um factor não estão correlacionados com outros factores, i.e., os factores definidos por cada conjunto de itens, são distintos. Foi testada através da condição seguinte: As *VEM* dos factores forem superiores ou iguais ao quadrado da correlação entre esses factores.

Foi ainda testada a validade convergente com outras escalas: demonstra-se quando o constructo sob estudo se correlaciona (r - *Pearson*) positiva e significativamente com outros constructos teoricamente paralelos e quando os itens que constituem o constructo apresentam correlações elevadas e

positivas entre si. Para testar a validade convergente da DPES calcularam-se correlações de Pearson com outras medidas (DASS-42, depressão, ansiedade, stress; EMWSS, memórias de afecto e segurança na infância; FC, medo da compaixão; TAS-20, alexitimia; AAQ-II, evitamento experiencial; EQ, descentração; SCS, auto-compaixão; DPES, emoções positivas, SWLS, satisfação com a vida). Para Cohen (1988), valores entre .10 e .29 podem ser considerados fracos, entre .30 e .49 podem ser considerados como médios; valores entre .50 e 1 podem ser interpretados como fortes.

Uma das medidas mais utilizadas para avaliar a fiabilidade, ou consistência interna é o alfa de Cronbach (α), utilizou-se esta medida, no entanto outras medidas alternativas têm sido sugeridas, uma delas, particularmente apropriada para a Análise Factorial, é a Fiabilidade compósita (FC), definida por Fornell e Larcker (1981), estimando a consistência interna dos itens reflexivos do factor ou constructo, de uma forma geral considera-se que $FC \geq 0.7$, é indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada.

De acordo com o referencial teórico foram testados três modelos teóricos: o Modelo 1, com um factor de segunda ordem (Emoções Positivas), que se relaciona com 7 factores de primeira ordem (alegria, contentamento, orgulho, amor, compaixão, humor, admiração); o Modelo 2, com dois factores de segunda ordem (Auto-orientadas, Específicas), correlacionados entre si, em que o primeiro se relaciona com os factores: alegria, contentamento e orgulho e o segundo se relaciona com os factores: amor, compaixão, humor e admiração; o Modelo 3 é um modelo de 7 factores, que relaciona os 7 factores (alegria, contentamento, orgulho, amor, compaixão, humor, admiração) a cada respectivo item e correlaciona cada factor, entre si.

Finalmente, através do Teste t -Student, para comparações entre grupos, procedeu-se à comparação das duas amostras (amostra clínica e a amostra geral aleatória). Foi usado o teste d de Cohen para calcular o tamanho do efeito. Valores entre 0-.30 indicam um efeito fraco, entre .30-.60 um efeito moderado e $> .60$ um efeito elevado.

IV - Resultados

Análise factorial confirmatória da DPES

Modelo 1 – um factor de segunda ordem (Emoções Positivas)

O modelo ajustado a uma amostra de 331 sujeitos revelou uma qualidade de ajustamento sofrível, de acordo com os índices de qualidade do ajustamento, $\chi^2/df = 3.034$, $p < .001$; TLI = .817; CFI = .829; GFI = .743, exceptuando o RMSEA = .079, $p < .001$, o qual indicou um ajustamento bom.

Com base dos Índices de Modificação, foram correlacionados vários erros que teoricamente faziam sentido (pertencentes, respectivamente, ao mesmo factor), nomeadamente: item 37 com o 38; item 20 com o 21; item 18 com o 19; item 14 e 15 com 16; item 1 com o 3.

Obteve-se, novamente, uma qualidade de ajustamento sofrível, de acordo com os índices de qualidade do ajustamento, $\chi^2/df = 2.753$, $p < .001$; TLI = .842; CFI = .854; GFI = .767, exceptuando o RMSEA = .073, $p < .001$, o qual indicou um ajustamento bom.

Modelo 2 – dois factores de segunda ordem (Auto-orientadas, Específicas)

O modelo ajustado a uma amostra de 331 sujeitos revelou uma qualidade de ajustamento sofrível, de acordo com os índices de qualidade do ajustamento, $\chi^2/df = 2.989$, $p < .001$; TLI = .821; CFI = .833; GFI = .746, exceptuando o RMSEA = .078, $p < .001$, o qual indicou um ajustamento bom.

Com base dos Índices de Modificação, foram correlacionados vários erros que teoricamente se justificavam (pertencentes, respectivamente, ao mesmo factor), nomeadamente: item 37 com o 38; item 20 com o 21; item 18 com o 19; item 14 e 15 com 16; item 1 com o 3; item 8 com o 9.

Obteve-se, novamente, uma qualidade de ajustamento sofrível, de acordo com os índices de qualidade do ajustamento, $\chi^2/df = 2.662$, $p < .001$; TLI = .85; CFI = .862; GFI = .772, exceptuando o RMSEA = .071, $p < .001$, o qual indicou um ajustamento bom.

Modelo 3 – 7 factores de primeira ordem (alegria, contentamento, orgulho, amor, compaixão, humor, admiração)

O modelo ajustado a uma amostra de 331 sujeitos revelou uma qualidade de ajustamento sofrível, de acordo com os índices de qualidade do ajustamento, $\chi^2/df = 2.923$, $p < .001$; TLI = .827; CFI = .841; GFI = .757, exceptuando o RMSEA = .079, $p < .001$, o qual indicou um ajustamento bom.

Com base dos Índices de Modificação, foram correlacionados vários erros que teoricamente faziam sentido (pertencentes, respectivamente, ao mesmo factor), nomeadamente: item 14 e 15 com 16; item 19 e 9 com o 18; item 20 com o 21; item 37 com o 38; item 1 com o 3.

Depois de eliminados 2 itens (através dos índices de modificação) e eliminando *outliers* (distância de Mahalanobis, ao quadrado) o ajustamento não melhorou significativamente, sendo ignoradas estas sugestões; por esse motivo optámos por voltar a incluir os sujeitos e os itens. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, Maroco, 2010). Portanto, considerando apenas as correlações, obteve-se novamente, uma qualidade de ajustamento sofrível, de acordo com os índices de qualidade do ajustamento, $\chi^2/df = 2.591$, $p < .001$; TLI = .857; CFI = .870; GFI = .783, exceptuando o RMSEA = .069, $p < .001$, o qual indicou um ajustamento bom. Este modelo final apresentou uma qualidade, significativamente, superior ao original ($ECVI_{final} = 5.631 < ECVI_{original} = 6.293$).

Uma vez que foi o que apresentou melhor ajustamento e é o que, teoricamente, se adequa ao modelo teórico. A variância extraída média (VEM), um indicador da validade convergente dos factores revelou-se também adequada registaram-se: de .67 para a ‘Alegria’, .75 para o ‘Contentamento’, .57 para o ‘Orgulho’, .59 para o ‘Amor’, .69 para a ‘Compaixão’, .70 para o ‘Humor’ e .65 para a ‘Admiração’. Os pesos factoriais foram todos superiores a .50, à excepção do item 16 (.48), sendo que o valor mínimo foi de .51 (item 15) e o máximo foi de .897 (item 12 e 35). A fiabilidade individual revelou-se também apropriada exceptuando o item 16 (.23), o valor máximo foi de .81 (item 12 e 35) e o mínimo .26 (item 15). A validade discriminante foi avaliada pela comparação das VEM com os quadrados da correlação entre factores, foram todas superiores à excepção da Alegria-Contentamento ($r^2_{AC} = .79$ que é superior às $VEM_{Alegria} = .67$ e à $VEM_{Contentamento} = .75$), da Alegria-Orgulho ($r^2_{AO} = .59$ que é superior à $VEM_{Orgulho} = .57$) e Contentamento-Orgulho ($r^2_{CO} = .72$ que é superior à $VEM_{Orgulho} = .57$).

Na amostra da população geral o alpha de Cronbach para cada escala foram elevados, sendo para: a Alegria de .88; o contentamento de .90; o orgulho de .83; amor, .83; a compaixão de .85; o humor de .87; a admiração de .86. A

fiabilidade compósita (*FC*) revelou-se elevada com .94 para a alegria, .94 para o contentamento, .86 para o orgulho, .91 para o amor, .91 para a compaixão, .92 para o humor e .92 para admiração.

As inter-correlações entre estas diferentes escalas revelaram a existência de relação entre ambas, da mais fraca de .21 (entre contentamento e compaixão) à mais elevada de .74 (alegria e contentamento), houve mais 3 correlações elevadas, ainda que inferiores a .74, entre a alegria e contentamento, foram entre: contentamento e orgulho ($r = .63, p < .001$); alegria e admiração ($r = .62, p < .001$); alegria e orgulho ($r = .59, p < .001$), obtendo uma média .47.

Figura 2. Modelo dos 7 Factores Final ajustado a uma amostra de 331 sujeitos ($\chi^2/df = 2.591$, $p < .001$; $TLI = .857$; $CFI = .870$; $GFI = .783$; $RMSEA = .069$, $p < .001$)

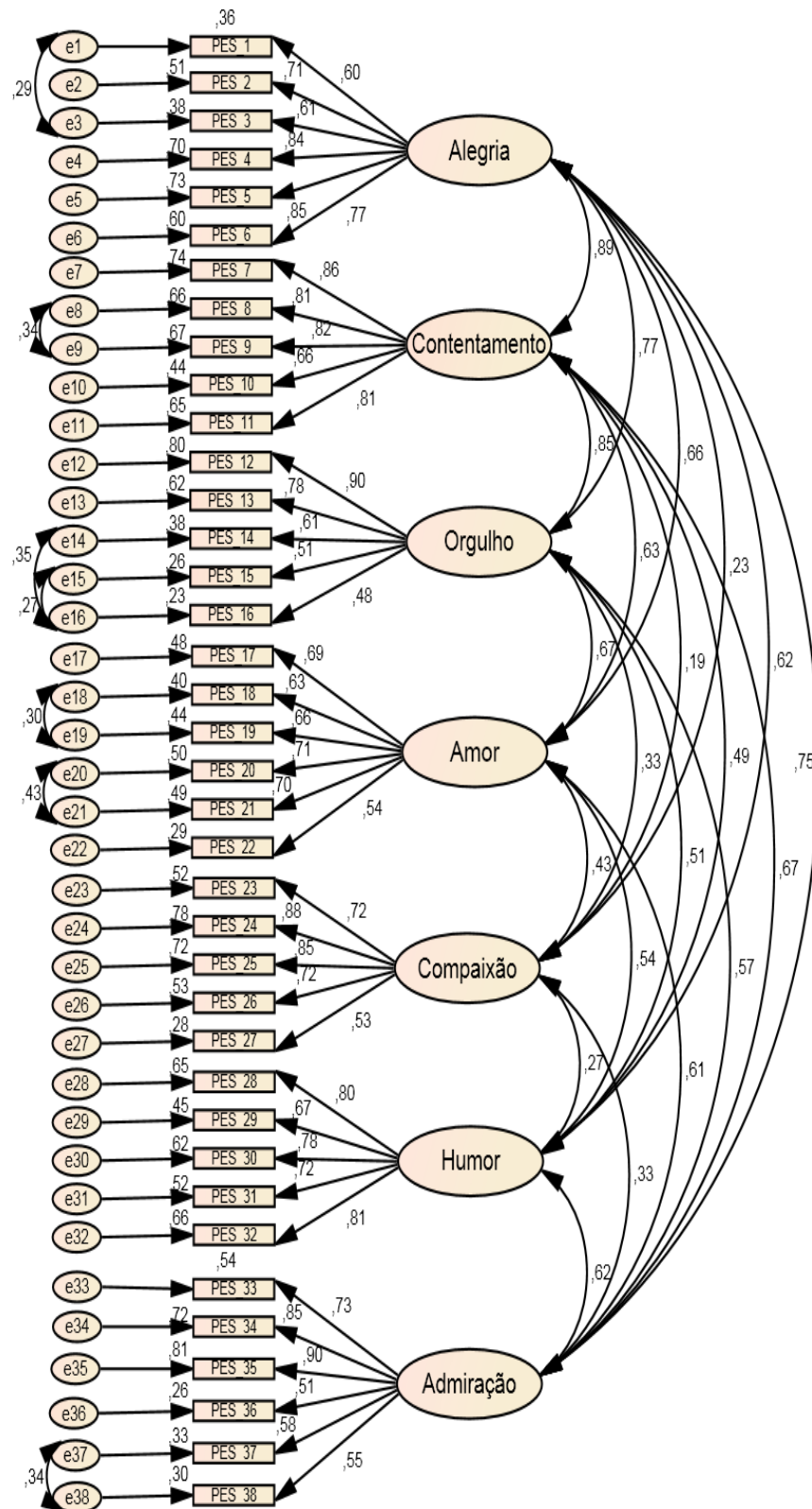


Tabela 2. Coeficientes de Correlação (Pearson *r*) entre as variáveis em estudo numa amostra não-clínica

	Alegria	Contentamento	Orgulho	Amor	Compaixão	Humor	Admiração
DASS-42							
Depressão	-.42**	-.55**	-.46**	-.36**	-.11	-.24**	-.27**
Ansiedade	-.20**	-.34**	-.27**	-.25**	-.01	-.16**	-.11*
Stress	-.25**	-.42**	-.28**	-.32**	.01	-.16**	-.17**
EMWSS	.36**	.38**	.43**	.41**	.21**	.27**	.26**
Medo da Compaixão							
Outros	-0.04	-.10	-.03	-.14*	-.10	.03	-.06
Receber	-.25**	-.27**	-.30**	-.43**	-.20**	-.16**	-.17**
Auto	-.32**	-.31**	-.29**	-.37**	-.22**	-.23**	-.19**
AAQ-II	-.39**	-.55**	-.42**	-.38**	-.01	-.18**	-.22**
TAS-20							
Total	-.20**	-.26**	-.23**	-.24**	-.07	-.14*	-.12*
Dificuldade descrever	-.18**	-.20**	-.18**	-.23**	-.06	-.14**	-.13*
Dificuldade identificar	-.25**	-.34**	-.30**	-.29**	-.14*	-.13*	-.15**
Pensamento externo	.01	-.01	.02	.02	.07	-.05	.01
Auto-compaixão							
SCS							
Total	.45**	.55**	.49**	.38**	.09	.22**	.36**
Calor/Compreensão	.40**	.41**	.43**	.35**	.15**	.18**	.37**
Auto-crítica	-.26**	-.41**	-.27**	-.24**	.14**	-.16**	-.16**
Condição Humana	.28**	.30**	.36**	.27**	.31**	.14*	.23**
Isolamento	-.37**	.49**	.37**	-.29**	-.01	-.18**	-.25**
Mindfulness	.32**	.37**	.38**	.26**	.19**	.11*	.31**
Sobre-identificação	-.31**	-.42**	-.36**	-.24**	.03	-.19**	-.24**
Satisfação com a vida	.61**	.74**	.55**	.46**	.18**	.30**	.49**
EQ							
Descenração	.40**	.44**	.47**	.33**	.19**	.20**	.30**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. DASS-42 = Depression Anxiety and Stress Scales; EMWSS = Early Memories of Warmth and Safeness Scale; AAQ-II = Acceptance and Avoidance Questionnaire, TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; EQ = Experiences Questionnaire; SCS = Self-compassion Scale.

Ao analisar as correlações com outras escalas, obtiveram no geral correlações significativas, de salientar com a Escala de Satisfação com a vida (SWLS), com a qual todas as sub-escalas de emoções positivas obtiveram correlações positivas significativas, numa média de .66. A sub-escala da compaixão apenas se correlacionou significativamente com a escala SWLS, SCS e EQ. Obtiveram-se novamente correlações significativas com sintomas psicopatológicos, salientado as sub-escalas da depressão.

Na amostra da população clínica o alpha de Cronbach para cada escala foi: alegria, .90; contentamento, .96; orgulho, .87; amor, .89; compaixão, .84; humor, .88; admiração, .91. As correlações entre estas diferentes escalas revelaram a existência de relação entre ambas, obtendo correlações fortes, da mais fraca .40 (contentamento e compaixão) à mais elevada .85 (alegria e humor), houve mais 5 correlações elevadas muito próximas, ainda que inferiores a .85, existente entre a alegria e humor, que foram entre: contentamento e orgulho ($r = .82, p < .001$) orgulho e amor ($r = .81, p < .001$); contentamento e amor ($r = .81, p < .001$); amor e admiração ($r = .80, p < .001$); alegria e admiração ($r = .80, p < .001$), obtendo uma média .71.

Foram realizados testes *t*-Student para avaliar a existência de possíveis diferenças entre indivíduos da população geral e indivíduos da população clínica nas médias das sete subescalas da DPES. De uma forma geral, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < .005$) entre os dois grupos nas emoções positivas, com exceção da subescala da compaixão. Especificamente, os indivíduos da população geral, quando comparados com os indivíduos da população clínica, reportaram valores mais elevados nas subescalas Alegria, $t(32) = 4.63, p < .001$ ($M = 29.86, DP = 6.22$ vs $M = 22.63, DP = 8.34$); Contentamento, $t(32) = 4.99, p < .001$ ($M = 24.13, DP = 5.68$ vs $M = 16.43, DP = 8.27$); Orgulho, $t(31) = 4.22, p < .001$ ($M = 26.66, DP = 4.61$ vs $M = 21.00, DP = 7.21$); Amor, $t(32) = 2.69, p = .011$ ($M = 29.70, DP = 5.89$ vs $M = 25.47, DP = 8.83$); Admiração, $t(32) = 3.24, p = .003$ ($M = 7.60, DP = 6.25$ vs $M = 22.67, DP = 8.83$). Os tamanhos do efeito obtidos através do cálculo do *d* de Cohen indicam a existência de um efeito elevado ($> .06$) para todas as subescalas, com exceção da subescala Amor ($d = .58$), em que o efeito é moderado.

Ao analisar as correlações com outras escalas, obtiveram no geral correlações significativas, de salientar com a Escala de Satisfação com a vida (SWLS), com a qual todas as sub-escalas de emoções positivas obtiveram correlações positivas significativas, numa média de .66. A subescala da compaixão apenas se correlacionou significativamente com a escala SWLS, SCS e EQ. Obtiveram-se novamente correlações significativas com sintomas psicopatológicos, salientado as sub-escalas da depressão.

Tabela 3. Coeficientes de Correlação (Pearson *r*) entre as variáveis em estudo numa amostra clínica

	Alegria	Contentamento	Orgulho	Amor	Compaixão	Humor	Admiração
DASS-42							
Depressão	-.52**	-.62**	-.60**	-.55**	-.32	-.51**	-.51**
Ansiedade	-.41*	-.63**	-.54**	-.48**	-.33	-.23	-.38*
Stress	-.45*	-.65**	-.58**	-.47**	-.21	-.36	-.38*
EMWSS	.33	.35	.38*	.37*	.21	.38*	.40*
Medo da Compaixão							
Outros	-.21	-.30	-.20	-.34	-.11	.14	-.28
Receber	-.17	-.28	-.39*	-.45*	-.08	-.29	-.14
Auto	-.23	-.36	-.44*	-.41*	-.06	-.35	-.26
AAQ-II	-.47**	-.64**	-.55**	-.49**	-.18	-.43*	-.48**
TAS-20							
Total	-.19	-.31	-.45*	-.20	-.15	-.21	-.25
Dificuldade descrever	-.39*	-.40*	-.48**	-.33	-.37*	-.43*	-.47**
Dificuldade identificar	-.32	-.44*	-.48**	-.36	-.26	-.28	-.40*
Pensamento externo	.32	.23	.02	.31	.32	.27	.38*
Auto-compaixão							
Total	.67**	.73**	.69**	.61**	.52**	.57**	.66**
Calor/Compreensão	.51**	.47**	.51**	.53**	.51**	.44**	.51**+
Auto-crítica	-.44**	-.53**	-.46**	-.37**	-.23	-.40*	-.33
Condição Humana	.46*	.33	.36	.39*	.51**	.27	.45*
Isolamento	-.56**	-.65**	-.55**	-.36	-.15	-.51**	-.49**
Mindfulness	.43*	.49**	.56**	.54**	.67**	.39*	.61*
Sobre-identificação	-.53**	-.73**	-.62**	-.55**	-.29	-.50**	-.56**
Satisfação com a vida	.71**	.80**	.71**	.77**	.34**	.61**	.70**
EQ							
Descentração	.75**	.70**	.67**	.76**	.64**	.71**	.72**
BSI							
Total	-.55**	-.66**	-.64	-.61	-.43*	-.51**	-.61**
Obsessão-Compulsão	-.39*	-.52**	-.53**	-.45*	-.32	-.36	-.51**
Sensibilidade							
Interpessoal	-.69**	-.60**	-.68**	-.70**	-.55**	-.74**	-.65**
Depressão	-.59**	-.66**	-.58**	-.60**	-.42*	-.54**	-.66**
Ansiedade	-.40*	-.62**	-.55**	-.50**	-.31	-.30	-.48**
Ansiedade Fóbica	-.46*	-.60**	-.52**	-.51**	-.35	-.42*	-.48**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. DASS-42 = Depression Anxiety and Stress Scales; EMWSS = Early Memories of Warmth and Safeness Scale; AAQ-II = Acceptance and Avoidance Questionnaire, TAS-20 = Toronto Alexithymia Scale; EQ = Experiences Questionnaire; SCS = Self-compassion Scale; BSI = Brief Symptom Inventory.

V - Discussão

Este estudo teve como principal objectivo traduzir e validar a escala DPES para a população portuguesa. Como objectivo secundário comparar duas amostras, uma retirada, aleatoriamente, da população geral com a clínica.

Neste estudo foram testados 3 modelos: o Modelo 1- um factor de ordem superior (Emoções Positivas) para ver se as várias emoções poderiam ser explicadas por um único factor global (Frederickson, 1998, 2001); o Modelo 2 – dois factores de ordem superior (Auto-orientadas, Específicas), subdividindo as emoções alegria, contentamento e orgulho, como auto-orientadas e o amor, compaixão, humor e a admiração como específicas, de acordo com o sugerido por Gusewell, & Ruch (2012); o Modelo 3 – sete factores, é o modelo original sugerido por Shiota, Keltner, & John (2006), que correlaciona entre si a alegria, contentamento e orgulho, compaixão, humor e a admiração. Segundo Marôco (2010), a existência de factores, de ordem hierárquica superior, que explicam a associação entre factores de primeira ordem são mais plausíveis e fáceis de interpretar do que a existência de resíduos correlacionados intra e interfactores.

O Modelo 3 – sete factores, o que obteve melhor qualidade de ajustamento, em que os mesmos demonstram correlações significativas entre si e manifestam-se nos itens do instrumento de medida. A qualidade do ajustamento foi sofrível em quase todos os índices, exceptuando um que foi bom. A justificação plausível para isso pode estar relacionada com o tamanho da escala, que compreende 38 itens, associados a 7 factores, podendo exigir uma amostra maior. No entanto, esta foi a amostra possível conseguir. Apesar de a qualidade do ajustamento ser, no geral, sofrível, nenhuma variável apresentou violações da distribuição normal; as *VEM* indicaram uma validade convergente adequada; a fiabilidade individual também, à excepção do item 16; a validade discriminante verifica-se, exceptuando entre a alegria-contentamento, alegria-orgulho e contentamento-orgulho; ao nível da confiança/*reliability* tanto o alpha de Cronbach (alguns, inclusivamente superiores aos obtidos pela autora original da escala), como a fiabilidade compósita revelaram valores elevados, assim como na amostra clínica. No geral, esta versão é consistente, confiável e válida.

Ao estudar as intercorrelações verificaram-se correlações significativamente positivas entre si, tanto na amostra geral, como na clínica. No estudo original (Shiota, Keltner, & John, 2006), foram obtidas correlações entre as subescalas da mesma ordem de grandeza. Comparativamente às da amostra clínica, estas foram de maior ordem de grandeza.

Os resultados obtidos quando correlacionada a DPES com a escala que mede a satisfação com a vida, ou segundo Pavot, & Diener (1993), avalia o lado positivo da experiência de um indivíduo, ao invés de se focar em emoções desagradáveis, foram as correlações positivas mais significativas (tanto na população geral, como na clínica). Confirmando o já referenciado, por outros autores que relacionam o experienciar de emoções positivas a um resultado de um maior bem-estar/qualidade de vida, maior longevidade, o contribuir para melhorias físicas num contexto hospitalar e no alívio da dor, em casos de doença crónica (Seligman, 2008; Frederickson, 2008). As emoções positivas servem para ampliar o repertório do pensamento-acção momentâneo de um indivíduo, que por sua vez resulta na construção de recursos físicos, intelectuais e sociais do mesmo e, conseqüentemente, a sua satisfação com a vida (Frederickson, 1998, 2001). Em suma, a importância da relação entre as emoções positivas e a satisfação com a vida é muito significativa, confirmando que a experiência de emoções positivas contribui para um maior bem-estar, sensação de concretização e uma maior qualidade de vida, em diversos aspectos, no futuro.

Bowlby, 1979 (citado por Shiota, 2006) sugere que uma vinculação segura fornece a base psicológica necessária para explorar o ambiente material e tirar proveito de novas oportunidades, assim como, melhorar a experiência de relações próximas. Portanto que indivíduos que partilhem de vinculações seguras vão experienciar mais o mundo ao seu redor, mais relações e mais emoções positivas. A segurança que é experienciada neste tipo de vinculações está relacionada com o desenvolvimento de competências como a empatia e a mentalização, que estão negativamente associadas à psicopatologia (Gilbert, 2011). Shiota, Keltner, & John (2006) correlacionaram as subescalas de emoções positivas com a vinculação segura, medindo parâmetros similares aos da escala de memórias de afecto e segurança na infância (EMWSS) e obtiveram correlações da mesma ordem de grandeza, que as que obtivemos. Sugerindo que, realmente, existe uma

relação positiva significativa, entre memórias de afecto e segurança/vinculação segura no passado de um sujeito e, o mesmo, apresentar mais emoções positivas, actualmente. Também no presente estes sujeitos serão facilmente capazes de estabelecer relações interpessoais, preferencialmente, seguras.

A alexitimia tem sido descrita como a dificuldade em descrever e identificar sentimentos e assume-se que está associada a uma tendência para expressar mal-estar psicológico. Lundh, & Simonsson-Sarnecki (2001) desenvolveram um estudo entre alexitimia, emoções e o afecto positivo e negativo, neste obtiveram resultados interessantes, um dos quais a alexitimia correlacionar-se negativamente, com instrumentos de auto-relato que mediam emoções positivas, experienciadas no dia-a-dia. O que vai de encontro aos resultados que obtivemos, correlações significativas negativas, entre escala TAS-20 e as diferentes subescalas de emoções positivas. A explicação possível que estes autores sugerem é de que o processamento do afecto positivo difere de diversas maneiras do processamento do afecto negativo e que a habilidade para identificar, diferenciar e cognitivamente elaborar as emoções está mais envolvida de forma causal na produção de afecto positivo do que no negativo.

Relativamente à compaixão, será importante referir que esta subescala não obteve correlações significativas com quase nenhuma outra escala, inclusive com escalas que medem os mesmos constructos, como a medida da compaixão (FCS). Inclusivamente, na comparação entre a população geral e a clínica, em que de uma forma geral, foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre os dois grupos nas emoções positivas, com excepção da subescala da compaixão. Uma explicação para estes resultados poderá ser a incompreensão dos itens desta subescala, por parte dos participantes, e tal representar uma limitação da própria escala, obrigando a futura revisão dos mesmos. No entanto, a escala de auto-compaixão obteve correlações significativas com as emoções positivas, as mais elevadas foram com as seguintes subescalas: alegria, contentamento, orgulho e amor.

Alguns autores têm demonstrado e suportado por evidências empíricas, que desenvolver auto-compaixão e compaixão pelos outros pode constituir um forte antídoto na prevenção de psicopatologias, como a depressão e a

ansiedade. Gilbert e Procter (2006) recorreram à terapia de *mindfulness* focado na compaixão (CFT) não só reduziu a depressão, como vergonha, auto-criticismo, depressão, ansiedade e stress numa população clínica. Também demonstraram alterar tanto valores de psicopatologia, como o afecto positivo, melhorar a auto-estima e diminuindo a vergonha (Gilbert *et al.*, 2011a, b).

Muitas formas de psicopatologia estão ligadas a padrões de acentuado afecto negativo e reduzido afecto positivo. O que é confirmado pelos resultados obtidos, correlações negativas fortes entre as escalas que avaliam sintomatologia psicopatológica e as emoções positivas, dando ênfase à subescala que obteve as mais elevadas, a de depressão.

Segundo um estudo desenvolvido por Fresco, Moore, & Dulmen (2007), chegaram a resultados consistentes em relação às suas expectativas, em que o factor, da escala EQ, descentração, esta subescala mede a descentração ou desidentificação com o pensamento negativo. Esta correlacionou-se positiva e significativamente com a reapreciação cognitiva, ou o saber apreciar, proporcionando uma maior capacidade cognitiva de apreciação. As correlações que obtivemos com esta subescala, também foram positivas e significativas. Esta relação, em que a descentração do pensamento negativo, pode direccionar o sujeito a uma maior apreciação e as experiências mais positivas, demonstra poder construir recursos psicológicos duradouros, que permitem ao sujeito um maior afecto positivo e consciência do que o rodeia, o que pode ser relevante para a prática clínica.

Relativamente, ao evitamento experiencial, como seria esperado, correlacionou-se negativa e significativamente com as emoções positivas. Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo (2005), a enfatizam o papel do evitamento experiencial no desenvolvimento e manutenção de problemas clínicos, assim como no papel emocional da adesão ao tratamento. Sugerindo que “quebrar” o evitamento de experiências internas, pode aumentar o afecto positivo, trazer benefícios durante o tratamento e ajudar na prevenção de recaídas.

Em suma, confirmou-se que experienciar emoções positivas está relacionado com uma maior satisfação com a vida, bem-estar, longevidade e pode ser considerado como um possível factor protector contra patologias psicológicas e físicas, assim como um factor benéfico no tratamento de ambas; sujeitos mais protegidos ou protagonistas de uma relação de

vinculação segura no passado, é provável que no futuro experienciem mais emoções positivas e mais facilmente estabeleçam relações interpessoais seguras; a auto-compassão, assim como a compaixão por outros fomenta a auto-estima, a auto-confiança, promovendo o contentamento e preservando o afecto positivo.

Como resultado, a validação deste instrumento na população geral constituiu o grande contributo desta investigação. Os resultados globais apontam para a estrutura sofrível ou quase adequada, confiável e válida da versão traduzida da DPES, para a população em portuguesa. Dada a importância crucial das emoções positivas e as suas relações com a psicopatologia e a satisfação com a vida, a existência de um instrumento válido e preciso, que as meça, é um avanço importante e significativo, tanto na investigação científica como para prática clínica.

Bibliografia¹

- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1):23-32.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (87-109). Braga: SHO-APPORT.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ:Erlbaum.
- Corrigan, J. (2000). The Satisfaction With Life Scale. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*.
doi:<http://www.tbims.org/combi/swls> (acesso a 3 Setembro, 2013).
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154
- Fredrickson, B. L. (1998). Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of The Royal Society Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1378.
- Fredrickson, B. L., & Cohn, M.A. (2008). Positive Emotions. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds). *Handbook of Emotions* (777-796), 3^a ed. NY: Guilford Press.

¹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Fresco, D. M., Moore M. T., & Dulmen, M. H.M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234–246.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Over-view and pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Ritche, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R., & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6(4), 135-143.
- Gilbert, P. McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011a). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 84, 239-255. doi:10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P. McEwan, K., Gibbons, L. Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2011b). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness and self-criticism. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 85, 374-390. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x
- Griskevicius, V., Shiota, M. N., & Neufeld, S. L. (2010). Influence of different positive emotions on persuasion processing: A functional evolutionary approach. *Emotion*, 10(2), Apr 2010, 190-206.
- Griskevicius, V., Shiota, M. N., & Stephen, M. N. (2010). An evolutionary approach to the influence of different positive emotions. *Journal of consumer research*, 37(2), 238-250.
- Gusewell, A., & Ruch, W. (2012). Are only Emotional Strengths Emotional?mCharacter Strengths and Disposition to Positive Emotions. *Applied psychology: health and well-being*, 4 (2), 218–239.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-43.

- Lundh, L., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality, 69*(3).
- Marôco, J. (2010). *Análise das equações estruturais*. Pêro Pinheiro:ReportNumber.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *J Youth Adolescence, 22*(2), 125-134.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review, 91*(3), 347-374
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12*(2), 139-156.
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice, 82*(2), 171–184.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 71-88.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of The Royal Society Biological Sciences, 359*, 1379–1381. doi:10.1098/rstb.2004.1513
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774-788. doi:10.1037/0003-066X.61.8.774
- Seligman, M. E. (2008). Positive Health. *Applied psychology: an international review, 57*, 3–18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x

- Shiota, M. N., Campos, B., & Keltner, D. (2003). The faces of positive emotion. *Annals of the new york academy of sciences*, 1000(1), 296–299.
- Shiota, M. N., B., Campos, Keltner, D., & Hertenstein, M. J. (2004). Positive emotion and the regulation of interpersonal relationships. In Philippot, P., & Feldman, R. S. (Eds.), *The regulation of emotion* (127-155). US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Shiota, M. N. (2006). Silver linings and candles in the dark: Differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being. *Emotion*, 6(2), May 2006, 335-339.
- Shiota, M. N., Keltner, D., & John O. P. (2006). Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *Journal of Positive Psychology*, 1, 61-71.
- Tugade, Michele M., Fredrickson, & B. L., Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161–1190.