



UC/FPCE—2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Experiências precoces e comportamento agressivo em adolescentes com problemas de comportamento: o papel mediador da vergonha e do *coping* com a vergonha

Ana Cláudia Borges Oliveira (e-mail:a.c.borgesoliveira@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde sob a orientação do Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo

Experiências precoces e comportamento agressivo em adolescentes com problemas de comportamento: o papel mediador da vergonha e do *coping* com a vergonha

Resumo

Estudos anteriores destacam o forte impacto das experiências precoces na vergonha e no comportamento agressivo, bem como em outras psicopatologias. Apesar de a literatura suportar o papel crucial da vergonha na saúde mental, o seu efeito preditivo não é totalmente claro em algumas perturbações, como nas Perturbações Disruptivas. Estudos recentes têm também apontado a importância das estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com a vergonha.

Este estudo transversal explora o efeito mediador da vergonha e das estratégias de *coping* com a vergonha na relação entre as experiências precoces e o comportamento agressivo em 283 adolescentes diagnosticados com Perturbações Disruptivas ou Perturbação da Personalidade Antissocial.

A análise de mediação mostra que a vergonha e as estratégias de *coping* com a vergonha medeiam a associação entre as experiências precoces (vergonha e calor/ segurança) e as diferentes dimensões do comportamento agressivo. As memórias precoces predizem significativamente os níveis atuais de vergonha. A vergonha prediz o comportamento agressivo, direta e indiretamente (através do *coping* com a vergonha). As estratégias de Ataque ao Outro e de Ataque ao *Self* predizem positivamente o comportamento agressivo, enquanto o Evitamento e a Fuga têm um efeito preditivo negativo.

Estes resultados sugerem que indivíduos com comportamento agressivo podem envolver-se em estratégias de *coping* com a vergonha externalizantes ou internalizantes, embora pareçam recorrer principalmente às externalizantes, especialmente o Ataque ao Outro, a fim de lidar com a vergonha.

Palavras-chave: experiências precoces, vergonha, *coping* com a vergonha, comportamento agressivo, perturbações disruptivas.

Early experiences and aggressive behavior in adolescents with behavior problems: the mediator role of shame and *coping* with shame

Abstract

Previous studies highlight the strong impact of early experiences on shame and aggressive behavior, and on other psychopathologies. Even though supporting the crucial role of shame on mental health by growing evidence, the predictor impact of shame is not entirely clear in some disorders, like Disruptive Disorders. Recent studies have also pointed out the importance of strategies used by individuals to cope with shame.

This cross-sectional study explores the potential mediator effect of shame and shame *coping* styles in the relationship between early experiences and aggressive behavior in 283 adolescents with Disruptive Disorders or Antisocial Personality Disorder. Moderator analysis results showed that shame and shame *coping* strategies mediate the association between early experiences (shame and warmth/safeness) and different dimensions of aggressive behavior (physical/verbal aggression, anger and hostility). Both types of early memories significantly predicted current levels of shame. Shame predicted the dimensions of aggressive behavior both directly and indirectly (through shame coping). Attack Other and Attack Self strategies positively predicted aggressive behavior, while Avoidance and Withdrawal had a negative predictor effect.

These findings suggest that individuals with aggressive behavior may engage in externalized and internalized shame *coping* strategies, although they mainly seem to take on externalized ones, especially Attack Other, in order to cope with shame.

Keywords: early experiences, shame, shame *coping* strategies, aggressive behavior, disruptive disorders.

Agradecimentos

À minha avó, por compreender as minhas indecisões, pelas noites em que me alumiou com coragem, pelo amor, pela ternura, mas principalmente pela fórmula de existência que me mostrou.

Ao Rui, por me reconhecer nos olhos sons, ventos, uma tangível luz. Pela leve embriaguez que é andarmos juntos de mãos dadas, pelas palavras desacertadas, por repartir a espera, as estações, a saudade. Pela coragem. Por ser o lugar infinito, o nome de todas as coisas que trago no peito.

Ao Professor Doutor Daniel Rijo pela imensurável partilha de conhecimento, pelo interesse genuíno com que olha a Psicologia, pelo fascínio pela investigação. Para além disso, pelo espírito impulsionador, desafiante e ao mesmo tempo compassivo, cruciais durante este percurso.

À Professora Doutora Paula Vagos, ao Mestre Nélio Brazão e à Mestre Marlene Paulo pela transmissão de conhecimentos, pelo profissionalismo e empenho, pelo apoio e reforço nos momentos mais difíceis.

Às colegas de tese, pelas partilhas, pela entreaajuda, pelos momentos de alegria e crescimento. À Rafaela e à Rute pelo apoio, pela tranquilização, pelo companheirismo.

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e à Universidade de Coimbra pelos novos rumos, pelos ensinamentos valiosos, pelo rigor e pela excelência.

Aos jovens que partilharam comigo excertos das suas vidas. Às instituições em que este projeto foi acolhido e tornado possível.

À Fernanda pelo nosso baú de memórias, pela fortaleza que é a nossa amizade, por tudo aquilo que nunca saberei dizer.

Aos meus amigos, à Ana Filipa, à Sobral, ao Marco, por compreenderem as minhas ausências, por serem feitos para os meus abraços, para os meus sorrisos, pela força inesgotável que me dão, por acreditarem em mim.

Aos meus pais e aos meus avós pelo apoio e motivação.

À minha irmã, pelo amor desajeitado de menina jovem, pelos fragmentos de mim que reconheço nela, por não ter podido estar sempre por perto, pelos sonhos que lhe vejo crescer.

A Coimbra pelo presságio de saudade, pelas histórias contadas, pelos mitos que ficam por descobrir, pelas marcas infindáveis na memória.

*Que saia a última estrela
da avareza da noite
e a esperança venha arder
venha arder em nosso peito*

*E saiam também os rios
da paciência da terra
É no mar que a aventura
tem as margens que merece*

*E saiam todos os sóis
que apodreceram no céu
dos que não quiseram ver
- mas que saiam de joelhos*

*E das mãos que saiam gestos
de pura transformação
Entre o real e o sonho
seremos nós a vertigem*

Alexandre O'Neil

Índice

	<i>Page</i>
Introdução	1
Enquadramento Concetual	3
Artigo: <i>“Hiding shame by attacking others: Early shame experiences, shame coping strategies and aggressive behavior in adolescents with Disruptive Disorders”</i>	12
Abstract	13
1. Introduction	14
2. Method	19
2.1. <i>Participants</i>	19
2.2. <i>Measures</i>	19
2.3. <i>Procedures</i>	21
3. Results	22
3.1. <i>Data analysis</i>	22
3.2. <i>Descriptives</i>	23
3.3. <i>Confirmatory Factorial Analysis</i>	23
3.4. <i>Correlation analysis</i>	24
3.5. <i>Path Analyses</i>	24
4. Discussion	28
5. Limitations and future research	34
References*	34
Discussão Geral	35
Bibliografia Geral	46

“We, and other species, have developed biologically-based inhibitory mechanisms against aggression. It is important to realize, however, that throughout most of our evolutionary history, most aggression had to be face-to-face. Today, we are quite capable of killing on a large scale, without ever having to face our enemies; hence, we no longer face the biologically-based inhibitory mechanisms that we used to. Hence, it has been argued that the potential for human aggression is far greater today.”

John F. Dovidio (1984)

Introdução

“Violence and aggression often occur when an individual’s pride, reputation, or self-esteem has been impugned or threatened.”

Thomaes, Bushman, Stegge, & Olthof, 2008

A presente dissertação, como o título indica, foca-se no papel mediador da vergonha e das estratégias de *coping* com a vergonha na associação entre as experiências precoces e o comportamento agressivo.

A escolha deste tema fundamenta-se no impacto nocivo do comportamento agressivo em vários domínios do funcionamento individual (social, ocupacional, profissional, familiar) e na necessidade de desenvolvimento de mecanismos de intervenção precoce, como programas de prevenção e intervenção, estruturados e baseados na evidência. A literatura tem demonstrado a influência de experiências precoces negativas, predominantemente de natureza traumática, em vários quadros psicopatológicos e na experiência de níveis de vergonha elevados, associados ao desenvolvimento e à manutenção de trajetórias maladaptativas. Face à natureza complexa e multifacetada da vergonha e dos mecanismos que lhe estão associados, vários autores têm estudado a sua relação com o comportamento agressivo, embora esta não se encontre ainda totalmente clarificada. Investigações recentes têm atribuído à vergonha um papel mediador na associação entre as memórias precoces e a agressão, a delinquência e a criminalidade. Porém, apesar do crescente interesse que tem sido direcionado para o estudo das referidas variáveis, o aglomerado de conhecimentos mantém-se lacunar.

O desenvolvimento deste estudo tem como objetivo, numa fase inicial, compreender o impacto das experiências precoces (positivas e negativas) nos níveis de vergonha experienciados e, por sua vez, destes no comportamento agressivo. Num segundo momento, pretende-se explorar o papel mediador da vergonha na trajetória entre as experiências precoces e o comportamento agressivo, e perceber se, mais do que a vergonha por si só, também as estratégias de *coping* com esta emoção têm um impacto importante na predição do comportamento agressivo. Os resultados deste estudo poderão

ter implicações a nível teórico, nomeadamente uma compreensão mais aprofundada da complexa trajetória desenvolvimental do comportamento agressivo, e a nível prático, constituindo uma matriz teórica e empírica para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de programas psicoterapêuticos de prevenção e de intervenção com crianças e adolescentes com problemas de comportamento.

Esta dissertação está dividida em três partes. A primeira engloba o enquadramento teórico, incluindo a revisão da literatura sobre os conteúdos mais relevantes para o tema estudado numa tentativa de complementar a informação teórica apresentada na secção seguinte, cujos requisitos não permitem uma maior extensão. Na segunda parte, de natureza empírica, é apresentada a investigação realizada, organizada segundo as linhas específicas de formatação de um artigo científico que se pretende submeter para publicação no *Journal of Personality and Individual Differences*. O crescente relevo que a investigação tem assumido na psicologia, contribuindo para um constante aprofundamento teórico, e, por sua vez, para avanços na prática clínica, motivou a decisão do desenvolvimento do estudo no referido formato. Por último, serão discutidas as conclusões gerais derivadas do estudo empírico e integradas numa abordagem compreensiva e reflexiva. São ainda expostas as implicações teóricas e clínicas mais relevantes, identificadas as principais limitações metodológicas e propostas algumas direções para futuras investigações. Após a parte final, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas neste trabalho.

Enquadramento Concetual

“Across lifespan, shame-prone individuals are predisposed to externalized blame, to feel anger, and to behave aggressively.”

Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marshall, & Gramzow, 1996

Nos últimos anos, a investigação tem explorado o impacto de experiências precoces ameaçadoras na vulnerabilidade para a vergonha e num amplo espectro de problemas de saúde mental (e.g., Bennett, Sullivan, & Lewis, 2005; Kim, Talbott, & Cicchetti, 2009; Stuewig & McCloskey, 2005; Tangney & Dearing, 2002). Vários estudos têm ainda demonstrado a transversalidade das características patogénicas da vergonha em diferentes perturbações psicopatológicas, e o seu efeito modulador nas interações sociais (Irons & Gilbert, 2005; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012; Thompson & Berenbaum, 2006), particularmente durante a adolescência (Reimer, 1996; Thomaes, Stegge, Olthof, Bushman, & Nezlek, 2011). No domínio do comportamento agressivo e antissocial, a influência da vergonha tem sido sistematicamente reconhecida (e.g., Harper & Arias, 2004; Kim et al., 2009; Kivisto, Kivisto, Moore, & Rhatigan, 2011; Robinaugh & McNally, 2010; Thomaes et al., 2011), embora o seu papel preditivo não se encontre completamente clarificado (Elison et al., 2014; Kim et al., 2009; Paulo, 2013; Stuewig et al., 2010).

O comportamento agressivo tem vindo a ser conceptualizado por vários autores, no que se refere às suas diversas raízes etiológicas, formas, dimensões e funções (Karli, 2006). Numa abordagem dimensional, Buss e Perry (1992) propuseram uma estrutura de quatro fatores/dimensões para o comportamento agressivo, a qual tem sido amplamente estudada e suportada psicometricamente. As dimensões da Agressão Física e da Agressão Verbal englobam a componente instrumental do comportamento agressivo; ao passo que a raiva representa a componente afetiva, envolvendo um estado de ativação fisiológica ou preparação para ação, e a hostilidade corresponde à componente cognitiva, sendo caracterizada pela atribuição de intenções malévolas aos outros, podendo sobrepor-se a um estado ligeiro de paranoia (Buss & Perry, 1992).

Apesar das múltiplas raízes etiológicas do comportamento agressivo, a literatura tem-se debruçado particularmente sobre alguns fatores ecológicos, tais como experiências precoces de abuso, negligência, privação emocional e falta de cuidados, como potenciais fatores de risco para o seu desenvolvimento (Hoglund & Nicholas, 1995; Ogilvie, Newman, Tood, & Peck, 2014; Savage, 2014). Segundo Fonagy (2003), a agressão constitui uma predisposição inata, integrando o processo normal de desenvolvimento e sendo a sua regulação fortemente influenciada pelos contextos de interação precoce que podem funcionar como fatores de proteção ou de risco em relação ao desenvolvimento de condutas problemáticas. Assim, vários estudos longitudinais têm mostrado que as experiências precoces negativas estão associadas a problemas de comportamento, à delinquência e à agressão (Savage, 2014) em crianças com comportamentos disruptivos (Ogilvie et al., 2014), adolescentes com comportamento violento e delinvente (Kelley, Thornberry, & Smith, 1997) e criminosos violentos (McCord, 1991).

Estas interações precoces adversas, quando recordadas como experiências de vergonha centrais e ameaçadoras, podem ser codificadas na memória autobiográfica como traumáticas (e.g., intrusão, evitamento e sintomas de hiperativação), moldando a forma como o indivíduo se percebe na mente dos outros (inatrativo, inferior, inadequado, defeituoso) (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Pinto-Gouveia & Matos, 2011). A internalização de modelos negativos de relação interna do *self* e dos outros influencia as dinâmicas de interação social, sendo os outros avaliados como críticos e rejeitadores (Pinto-Gouveias, Castilho, Matos, & Xavier, 2013). Estudos recentes têm demonstrado a influência destas memórias traumáticas nos níveis de vergonha atual e no desenvolvimento de várias condições psicopatológicas (Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Em contraste, memórias de experiências precoces positivas (i.e., calor e afeto, de prestação de cuidados) parecem atuar como um fator protetor no funcionamento psicológico (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Ritches, Gilbert, & McEwan, 2009), atenuando o impacto de experiências precoces negativas na regulação emocional e promovendo níveis de vergonha mais adaptativos (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011).

A vergonha tem sido definida como uma das mais poderosas e

aversivas emoções autoconscientes (Lewis, 1992; Tangney & Dearing, 2002) e com uma forte influência em vários domínios do funcionamento e desenvolvimento psicossocial, mais especificamente na visão do *self* e no comportamento social e moral (Gilbert, 1997; Nathanson, 1994). De acordo com o Modelo Biopsicossocial de Gilbert (Gilbert, 1995, 2002, 2005, 2009), a vergonha, pela sua ubiquidade, emerge em múltiplas dinâmicas de competição social como uma resposta defensiva involuntária a uma falha na persecução dos objetivos biossociais (e.g., afiliação, *status*, sucesso reprodutivo). Pode ser conceptualizada numa dimensão externa, correspondente à forma como nos percebemos na mente dos outros como inferiores, inadequados e pouco atraentes; e interna, ligada à experiência de uma audiência interna construída através da relação com os outros em que o indivíduo atribui características negativas a si mesmo (Gilbert, 2010; Lewis, 1992). As experiências de vergonha envolvem frequentemente ambas as dimensões que se encontram intimamente relacionadas num fluxo dinâmico constante, dado ser improvável que um indivíduo se perceba negativamente sem considerar que os outros têm a mesma visão negativa de si (Gilbert, 2005, 2007).

Neste sentido, enquanto alguns indivíduos são capazes de tolerar os sentimentos de vergonha em determinado grau, outros recorrem a estratégias defensivas maladaptativas que perpetuam a experiência dolorosa desta emoção (Gilbert, 1998; Nathanson, 1994; Tangney & Dearing, 2002). Inúmeros estudos têm reconhecido as características nocivas da vergonha como transversais a vários problemas de saúde mental, incluindo a depressão (e.g., Thompson & Berenbaum, 2006), a ansiedade (e.g., Fergus, Valentiner, McGrath, & Jencious, 2010; Irons & Gilbert, 2005), a ansiedade social (e.g., Grabhorn, Stenner, Stangier, & Kaufhold, 2006), a perturbação pós-stress traumático, (e.g., Harmer & Lee, 2010), as perturbações alimentares (e.g., Goss & Allan, 2009), as perturbações da personalidade (e.g., Brown, Linehan, Comtois, Murray, & Chapman, 2009; Tangney & Dearing, 2002); as perturbações psicóticas (e.g., Miller & Mason, 2005), a violência doméstica (e.g., Kivisto, Kivisto, Moore, & Rhatigan, 2011) e o comportamento agressivo (e.g., Tangney, Wagner, Fletcher, & Gramzow, 2001).

No quadro dos comportamentos externalizantes (e.g., perturbações

disruptivas, comportamento antissocial, criminalidade), a influência da vergonha tem sido reportada pela investigação numa grande variedade de amostras (Stuewig & Tangney, 2007), apesar de a sua associação ao comportamento agressivo ainda não ser clara (Stuewig et al., 2010). Por um lado, pela natureza heterogénea da vergonha (Tracy & Robins, 2007), e por outro, dado que a maior parte dos estudos não se tem focado numa medida global do comportamento agressivo mas em fenómenos psicológicos relacionados com problemas de comportamento, raiva e hostilidade (Stuewig et al., 2010). Para além disso, escassos estudos têm indicado uma relação direta entre a vergonha e o comportamento agressivo, sendo mais frequentemente encontrada uma associação indireta. Estudos anteriores têm enfatizado o papel do comportamento agressivo como uma estratégia comportamental (Karly, 2006) em que a vergonha é convertida noutras emoções percebidas como menos dolorosas e ameaçadoras para o *self* (e.g., raiva, fúria, irritação, hostilidade) (Lewis, 1992; Scheff & Retzinger, 1991; Stuewig et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002).

A vergonha, por envolver uma avaliação negativa do *self* e uma visão dos outros como reprovadores, é experienciada como a principal ameaça à atratividade social, envolvendo a ativação de diversos mecanismos do sistema de defesa (Elison et al., 2014; Tangney & Dearing, 2002). Por um lado, o sujeito pode identificar-se com a avaliação negativa, autocriticando-se e adotando comportamentos de submissão, isolamento, timidez e de depressão (Gilbert, 1998). Alternativamente, pode ativar estratégias externalizantes para suavizar o impacto nocivo dos sentimentos intensos de vergonha (Gold et al., 2011), sendo a experiência de rejeição interpessoal acompanhada pela culpabilização e atribuição de intenções malévolas ao outro (Gilbert, 1997, 1998) e adotados comportamentos de dominância (Morrison & Gilbert, 2001). Assim, perante a perceção de injustiça e o forte desejo de retaliação, o indivíduo recorre a estilos de *coping* não cooperativos (Behrendt & Bem-Ari, 2012) que podem refletir-se em circunstâncias de conflito interpessoal, agressão e violência (Heaven et al., 2009).

Nesta perspetiva, indivíduos com propensão para a agressividade e para o comportamento antissocial podem experienciar níveis significativos de vergonha (Campbell & Elison, 2005; Nathanson, 1994; Tangney et al., 1996), embora não os expressem, recorrendo a estratégias, para lidar com

esta emoção, que podem evidenciar o contrário (Campbell & Elison, 2005; Elison, Pulos, & Lenon, 2006a,b). Para além disso, a sistemática utilização de estratégias de supressão emocional e de distorção cognitiva com o intuito de neutralizar as avaliações negativas do *self* e legitimar os atos de violência e delinquência, parece contribuir para o desenvolvimento e manutenção do comportamento agressivo (Ahmed & Braithwaite, 2004; Bennet et al., 2005). Como já mencionado, a vergonha tem sido reconhecida como um mecanismo implicado na generalidade dos problemas de saúde mental, e como um mediador crucial entre as experiências precoces e a psicopatologia (Kim, Talbolt, Cicchetti, 2009). No entanto, a sua experientiação atual, por si só, parece não ser suficiente para explicar diferentes fenótipos psicopatológicos, dado que estes podem ser melhor compreendidos pela forma como cada indivíduo lida com a vergonha (Campbell & Elison, 2005; Elison et al., 2006a,b; Nathanson, 1994; Paulo, 2013).

Atualmente, um dos maiores desafios que se colocam aos investigadores no estudo da vergonha é a compreensão dos sentimentos de vergonha não reconhecidos, que podem resultar das diferentes formas como os indivíduos regulam esta emoção (Elison, Garfalo, Velotti, 2014). Partindo do contexto clínico, Nathanson (1994) desenvolveu o modelo “*Compass of Shame*” que propõe quatro estratégias de *coping* focadas na vergonha, relacionadas com diferentes quadros psicopatológicos. As diferentes estratégias de *coping* podem ser ativadas, de forma sucessiva ou simultânea, como consequência de um evento particular de vergonha ou da exposição prolongada a situações envergonhadoras, associando-se a diferentes motivações, afetos, cognições e comportamentos (Elison et al., 2006a,b; Nathanson, 1994).

Perante situações indutoras de sentimentos de vergonha, a *fuga* (*Withdrawal*) constitui uma estratégia em que a mensagem de vergonha é aceite como válida e o sujeito tende a retirar-se da situação para pôr fim à experientiação da vergonha. No *ataque ao self* (*Attack Self*), a experiência de vergonha é reconhecida e amplificada através da sua internalização, o que, apesar de gerar sentimentos negativos e cognições autodepreciativas, permite que a relação com os outros seja mantida. Na estratégia de *evitamento* (*Avoidance*), a mensagem de vergonha é negada e o indivíduo adota uma postura em que tenta distrair os outros e a si próprio da angústia e

do mal-estar associados à experiencição da vergonha. Por último, no *ataque ao outro* (*Attack Other*), o indivíduo tende a não aceitar os sentimentos de vergonha e exibe comportamentos de externalização da culpa, raiva e fúria, podendo atacar física ou verbalmente outro indivíduo no sentido de o fazer sentir-se pior do que ele se está a sentir (Nathanson, 1994). Para além destes quatro estilos de *coping*, designados não adaptativos, o modelo inclui um pólo de resposta adaptativo, em que o indivíduo lida com a vergonha de uma forma funcional, autotranquilizando-se e não se envolvendo em comportamentos sociais e moralmente inapropriados (Nathanson, 1994).

De acordo com o modelo de Lewis (1971), “*Humiliated fury*”, a vergonha pode ser interpretada como uma emoção negativa associada a uma ameaça à auto-estima ou à perda de *status* social. Neste seguimento, comportamentos agressivos e antissociais parecem atuar como mecanismos que permitem ao indivíduo regular a experiência desta emoção, reprimindo-a ou superando-a (Lewis, 1971; Thomaes, Stegge, Olthof, Bushman, & Nezlek, 2011). Através da reavaliação da situação, a culpa que inicialmente era atribuída ao *self* é direcionada para fatores externos, e as emoções negativas acerca do *self* substituídas por sentimentos de raiva, fúria ou hostilidade em relação aos agentes humilhadores (Mills, 2005; Scheff & Retzinger, 1991). Para além disso, estudos recentes têm mostrado que a adoção de estratégias de ataque após experiências de vergonha pode surgir como uma tentativa de atenuar o sofrimento decorrente dos sentimentos de vergonha e de pôr fim a uma posição interpessoal de submissão através do restabelecimento do poder (Kivisto et al., 2011; Thomaes et al., 2011).

A associação vergonha-raiva tem vindo a ser explorada por vários autores, sendo a raiva considerada uma resposta defensiva frequente à visão reprovadora dos outros na sequência de um acontecimento envergonhador, intimamente ligada à tendência para a agressão e para a hostilidade interpessoal (Ahmed & Braithwaite, 2004; Gilbert & Miles, 2000; Hejdenberg & Andrews, 2011; Shanahan, Jones, & Thomas-Peter, 2011). Farmer e Andrews (2009) sugerem que a raiva pode substituir a vergonha tão rapidamente que o indivíduo pode não reconhecer os sentimentos de vergonha. Para além disso, Scheff (1987) defende que a externalização da raiva como forma de diminuir o afeto negativo pode desencadear nos outros uma atuação similar e perpetuar os sentimentos de vergonha através de uma

“espiral vergonha-raiva”. A literatura tem ainda demonstrado que indivíduos com características narcísicas evidenciam também comportamentos de externalização da culpa e de sentimentos de raiva e de hostilidade como forma de se protegerem de potenciais ameaças ao *self*, preservando os sentimentos inflacionados de superioridade em relação aos outros e a sua tendência para a manipulação em função dos seus próprios interesses (Thomaes, Bushman, Stegge, & Olthof, 2008).

O racional do comportamento agressivo como uma forma de lidar com a vergonha e humilhação social tem sido amplamente explorado pela Teoria do *Ranking Social* (Gilbert, 1995, 1997, 2002; Gilbert, Price & Allan, 1995), uma vez que sinais de desaprovação e de uma posição desfavorável na comparação social se associam a sentimentos de raiva, fúria e hostilidade (Leary, Twenge, Quinlivan, 2006). Indivíduos com características agressivas e antissociais tendem a perceber-se como ocupando uma posição elevada no *ranking* social, revelando-se extremamente sensíveis a experiências de humilhação e depreciação, adotando sobretudo estratégias externalizantes no sentido de passarem uma imagem de si como atrativos (Aslund, Starrin, Leppert, & Nilsson, 2009; Morrisson & Gilbert, 2001). Aslund e colaboradores (2009) sugerem que tanto as experiências de vergonha como o estatuto social influenciam significativamente o comportamento agressivo, uma vez que a vergonha constitui uma ameaça social e a forma como o indivíduo lida com esta depende da posição que ocupa no *ranking* social. Para além disso, a manutenção de um estatuto social elevado pode ser conseguida através do uso da agressão (Aslund et al., 2009).

De acordo com as abordagens evolucionárias mais recentes, os mecanismos psicobiológicos que ligam a vergonha à agressão incluem múltiplas estratégias de defesa, *coping* ou regulação emocional, em que a vergonha atua como uma forma de dor social face à ameaça de exclusão social (Elison et al., 2014; Velotti et al., 2014). Vários estudos têm-se debruçado sobre as estratégias de *coping* com a vergonha mais específicas em indivíduos com características agressivas e antissociais, verificando-se uma tendência para o maior uso de estratégias externalizantes, preferencialmente o ataque ao outro (Caldas, 2013; Gold et al., 2011; Paulo, 2013; Stuewig et al., 2010). Outros estudos têm enfatizado o papel de experiências precoces de natureza ameaçadora e envergonhadora (Gold et

al., 2011; Oglive, 2014; Savage, 2014) e de aspetos culturais e de género (Lewis, 1992; Mills, 2005; Thomaes et al., 2011) na seleção destas estratégias por indivíduos agressivos.

De uma forma mais detalhada, tem sido demonstrado que indivíduos que recorrem frequentemente à agressão física ou verbal tendem a usar preferencialmente estratégias de ataque ao outro, externalizando a culpa inicialmente direcionada ao *self* para o outro, com o intuito de proteger o *self* e restaurar uma posição de dominância (Aslund et al, 2009; MacDonald & Leary, 2005; Tangney & Dearing, 2002). Outros autores, mais focados na dimensão da raiva, têm enfatizado que esta pode constituir uma resposta rápida ou mesmo automática a níveis elevados de vergonha, motivando o indivíduo para a ação no sentido de proteger o *self* ameaçado (Elison et al., 2014; Hejdenberg & Andrews, 2011). Por sua vez, um aglomerado de evidência tem suportado a associação entre um estilo interpessoal de hostilidade e de dominância e a experiência de elevados níveis de vergonha (Gilbert & Miles, 2000; Heaven et al., 2009; Morrison & Gilbert, 2001; Ramírez & Andreu, 2006; Stuewig et al., 2010; Thomaes et al., 2011). Assim, indivíduos hostis tendem a avaliar os outros de uma forma mais negativa e ameaçadora, atribuindo-lhes intenções malévolas, o que espoleta sentimentos intensos de desconfiança, ou mesmo crenças paranóides, através da sobreativação do sistema de ameaça e de um forte desejo de retaliação (Tangney et al., 1996; Thomaes et al., 2011; Velotti et al., 2014).

Em termos gerais, os modelos anteriormente expostos convergem na visão do comportamento agressivo e antissocial como uma estratégia defensiva externalizante que permite regular a experiência dolorosa da vergonha, percecionada como uma ameaça ao *self* e à sua posição nas hierarquias sociais (Hejdenberg & Andrews, 2011; Velotti et., 2014). Neste sentido, face ao impacto social, económico e à deteriorização da vida do indivíduo que o comportamento agressivo acarreta, principalmente nas suas formas mais severas, um grande investimento científico tem emergido nesta área, com particular enfoque na infância e na adolescência (Gold et al., 2011). Estudos com adolescentes têm reportado uma maior vulnerabilidade à experiência de vergonha e ao seu impacto psicobiológico aversivo (Thomaes et al., 2011), dado este período desenvolvimental ser marcado por uma maior autoconsciência e preocupação acerca da visão do *self* (Thomaes et al.,

2011). Adicionalmente tem sido verificada uma menor responsividade dos indivíduos agressivos à intervenção na idade adulta (Collbaugh & Hansel, 2000), pelo que vários autores têm apontado para a importância da identificação e intervenção precoces em indivíduos em risco de desenvolvimento de trajetórias maladaptativas (Gold et al., 2011).

Hiding shame by attacking others: Early shame experiences, shame *coping* strategies and aggressive behavior in adolescents with Disruptive Disorders

Cláudia Oliveira and Daniel Rijo

Research Unit of the Cognitive-Behavioral Research and Intervention Center

Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra

Correspondence concerning this article should be addressed to Cláudia Oliveira, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3001-802 Coimbra, Portugal

Telephone: +351 239 851 464

Fax: +351 239 851 462

Email-address: a.c.borgesoliveira@gmail.com

Abstract

Previous studies highlight the strong impact of early experiences on shame and aggressive behavior, and on other psychopathologies. Even though supporting the crucial role of shame on mental health by growing evidence, the predictor impact of shame is not entirely clear in some disorders, like Disruptive Disorders. Recent studies have also pointed out the importance of strategies used by individuals to cope with shame.

This cross-sectional study explores the potential mediator effect of shame and shame *coping* styles in the relationship between early experiences and aggressive behavior in 283 adolescents with Disruptive Disorders or Antisocial Personality Disorder. Moderator analysis results showed that shame and shame *coping* strategies mediate the association between early experiences (shame and warmth/safeness) and different dimensions of aggressive behavior (physical/verbal aggression, anger and hostility). Both types of early memories significantly predicted current levels of shame. Shame predicted the dimensions of aggressive behavior both directly and indirectly (through shame coping). Attack Other and Attack Self strategies positively predicted aggressive behavior, while Avoidance and Withdrawal had a negative predictor effect.

These findings suggest that individuals with aggressive behavior may engage in externalized and internalized shame *coping* strategies, although they mainly seem to take on externalized ones, especially Attack Other, in order to cope with shame.

Keywords: early experiences, shame, shame *coping* strategies, aggressive behavior, disruptive disorders.

1. Introduction

Across individual lifespan the impact of early maltreatment experiences on vulnerability to shame and to mental health has been a focus of interest for the scientific community (e.g., Bennett, Sullivan, & Lewis, 2005; Gilbert & Andrews, 1998; Kim, Talbolt, & Cicchetti, 2009; Nicholas & Bieber, 1996; Stuewig & McCloskey, 2005; Tangney & Dearing, 2002). As many studies have stressed out, shame has a powerful impact on a wide range of psychopathological symptoms and interpersonal problems (e.g., Irons & Gilbert, 2005; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012; Thompson & Berenbaum, 2006). Regarding the influence of shame, several studies explored the relationship between early experiences and the development of aggressive behavior (Harper & Arias, 2004; Kim et al., 2009; Kivisto, Kivisto, Moore, & Rhatigan, 2011; Paulo, 2013; Robinaugh & McNally, 2010), and some of them have taken into account the normative increase in shame during adolescence (Gold, Sullivan, & Lewis, 2011; Olthof, 2012; Reimer, 1996; Thomaes, Stegge, Olthof, Bushman, & Nezlek, 2011).

Research has shown that attachment insecurity, abusive and violent experiences are associated with more disruptive, aggressive and antisocial behaviors in children and adolescents from community and forensic samples (Bennett et al., 2005; Gilbert et al., 1996; Gold et al., 2011; Hoglund & Nicholas, 1995; Kim et al., 2009; McCord, 1991; Ogilvie et al., 2014). Some authors have also found that individuals who were victims of some kind of maltreatment may present higher levels of aggressive behavior, since abuse caregivers may be reinforcing aggressive behaviors toward others (Gold et al., 2001; Kivisto et al., 2011).

Theoretical and empirical considerations have suggested that positive and negative affiliative experiences in early life have a major impact on brain maturation, affect regulation and vulnerability to psychopathology (Caldas, 2013; Cunha, Matos, Faria, & Zagalo, 2013; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2012; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012;). However, while shame and devaluation memories have been linked to excessive shame-proneness and to the development of clinical conditions, early memories of warmth and safeness seem to have a protective effect (Gilbert et al., 1996; Gross & Hansen, 2000; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2012; Paulo, 2013). Early toxic experiences, namely experiences of shaming, abandonment, rejection, negligence, and abuse, can be recorded as distressful emotional

events with traumatic characteristics, such as intrusion, flashbacks, strong emotional avoidance, hyper arousal, fragmented states of mind and dissociation (Gilbert & Irons, 2005; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Pinto-Gouveia & Matos, 2011). In addition, these same experiences can shape self-beliefs (e.g., internal working models of *self* and others), which may result in the development of a sense of the *self* as existing negatively in the eyes of the others and, consequently, on a belief that the world is an unsafe place (Gilbert, 1998, 2003; Gilbert & Procter, 2006; Lewis, 1992). In contrast, early warmth, safety and soothing interactions may act as protective factors of the harmful effects of shame experiences and psychopathology, leading to feelings of being loved, wanted and valued by others, as well as affiliative and cooperative behaviors (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Gilbert & Irons, 2008; Gilbert & Procter, 2006; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2013). According to recent findings, the quality of attachment relationships influence the way the shame memories are structured and impacts mental well being, providing important *coping* resources to deal with adversity such as self-accepting and compassionate abilities (Cunha et al., 2013; Matos et al., 2013).

Shame results from internal negative self-representations, which derive from previous experiences of being shamed, and can be defined as a self-consciousness emotion that guides our behavior in social context (Gilbert, 1998; Lewis, 1992). As a self-evaluative experience, shame commonly involves both external and internal dimensions, intimately linked and fuelled by one another. In fact, the pain that derives from recognizing that one's social attributes was evaluated negatively by others is likely to encompass high levels of self-devaluation and self-criticism (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Nathanson, 1994; Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, & Xavier, 2013; Tangney & Dearing, 2002).

According to the *Biopsychosocial Model* (Gilbert, 2002, 2006, 2007, 2010), shame arises in human competitive dynamics, intimately associated with early affiliative experiences and vital needs of being cared and accepted by others. Thus, humans have an aggregate of *social mentalities* that enable them to create a desirable and positive image of the *self* in the mind of others and compete for biosocial goals (e.g., attachment, group belonging, reproductive success, social status) (for a detailed description see Gilbert, 2000, 2002, 2005, 2007). Hence, shame acts as an involuntary affective-defensive response to the threat of losing social attractiveness, triggering the threat system and defensive strategies, such as submissive or aggressive behaviors (Gilbert, 2005, 2007; Lewis, 1992; Tangney & Dearing, 2002).

Additionally, some research has emphasized that shame may be a particularly salient experience during adolescence (Aslund, Starrin, Leppert, & Nilsson, 2009; Olthof, 2012; Thomaes, Bushman, Stegge, & Olthof, 2008; Thomaes et al., 2011). Taking into account physical, interpersonal and socio-cognitive changes during this stage, including new capacities for self-consciousness and social perspective-taking, increases in shame are a normative developmental process (Reimer, 1996). In fact, proneness to feel shame is an innate and adaptive capacity, although excessive feelings of shame may cause *stress* across all life and lead to psychopathological outcomes (Matos & Pinto-Gouveia, 2011). Therefore, a considerable amount of studies has indicated the strong influence of shame on a variety of psychopathological symptoms and disorders in clinical and non-clinical samples, particularly depression (e.g., Thompson & Berenbaum, 2006); anxiety (e.g., Irons & Gilbert, 2005; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992); post-traumatic stress disorder (e.g., Harmen & Lee, 2010); eating disorders (e.g., Troop et al., 2008); domestic violence (e.g., Kivisto et al., 2011); aggression (e.g., Gold et al., 2011); and personality disorders (e.g., Rüşh et al., 2007; Thomaes, Stegge, Olthof, Bushman, & Nezlek, 2011).

Shame has been viewed as a prevalent emotion in aggressive behavior, closely associated with physical and verbal aggression, anger and hostility in both offenders and community samples (Gilbert & Miles, 2000; Harper & Arias, 2004; MacDonald & Leary, 2005; Shanahan, Jones, & Thomas-Peter, 2011; Stuewig & McCloskey, 2005; Tangney, Stuewig, Mashek, & Hasting, 2011). Some authors has also suggested the crucial role of shame in disruptive problems, and some related severe disorders, such as Antisocial Personality Disorder, Psychopathy, Narcissistic Personality Disorder and Borderline Personality Disorder, and a broad range of criminal behaviors (Aslund et al., 2009; Bennett et al., 2005; Caldas, 2013; Paulo, 2013; Robinson, Roberts, Strayer, & Koopman, 2007; Tangney et al., 1996; Thomaes et al., 2011). Interestingly, Shanahan, Jones, & Thomas-Peter (2011) found high levels of internalized shame in their samples of mentally disorder offenders and violent prisoners.

Despite the fact that the association between shame and aggression is widely recognized (e.g., Aslund et al., 2009; Gilbert, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Gold et al., 2011; Heaven et al., 2009; Hejdenberg & Andrews, 2011; Lewis, 1971; Thomaes, Bushman, Stegge, & Olthof, 2008; Thomaes et al., 2011; Tangney et al., 1996; Tangney & Dearing, 2002), the role of shame is not entirely clear (Elison et al., 2014; Kim et al., 2009, Paulo, 2013; Stuewig et al., 2010; Velotti, Elison, & Garofalo, 2014). Some authors proposed that aggressive individuals are aware of their feelings of shame, but they tend to avoid them, hiding this emotional state from others (Farmer & Andrews, 2009; Messini &

Camodeca, 2008; Morrison & Gilbert, 2001). Current findings have also shown that aggression is a maladaptive way to regulate shame, involving a high concern of how the *self* appears in the eyes of others (Caldas, 2013; Elison, Pulos, & Lennon, 2006a,b; Nathanson, 1992, 1994; Schoenleber & Berenbaum, 2012; Tangney & Dearing, 2002). This is in accordance with Nathanson's (1992) *Compass of Shame Model*, which suggests that shame *coping* mediates the relationship between the experience of shame and the development of different psychopathological disorders. This model describes four maladaptive shame *coping* styles, namely: *Attack Self* (criticize the self and/or show deference to others, aiming to warrant acceptance by them); *Withdrawal* (escape or hide in order to limit shameful exposure); *Attack Other* (an attempt to preserve one's own self-image and externalize shame by making someone else feel inferior); *Avoidance* (prevent the conscious experience of shame); and, finally, a functional style of *coping* with shame (*self* reassure or restore the relationship with the other).

Aggressive individuals are extremely sensitive to humiliation and tend to not recognize shame, once anger may replace shame quickly leading to a lack of consciousness of shame's message (Farmer & Andrews, 2009; Nathanson, 1994; Shanahan et al., 2011). According to Lewis (1971) aggressive individuals repress and convert these undesired feelings into "other-blaming" attributions, anger, hostility, or even aggression. Externalizing problems may be understood based on "shame-rage spirals" (Scheff, 1987), a process in which the pain felt from evaluating oneself as defected or inferior, may lead the ashamed individual to blame others as a way to minimize damage to self-esteem. Shame-induced anger responses or "humiliated fury" can be viewed as particular anger states in which hostility and an attempt to get out of the submissive position, restoring a sense of control are prevalent (Thomaes et al., 2011). Individuals who experience "humiliated fury" reappraise shameful events as externally caused and others as intentionally malevolent (paranoid and threat schemes), which may trigger both an intense desire to retaliate and a cycle of interpersonal hostility (Gilbert et al., 2005; Lewis, 1992; Mills, 2005; Thomaes et al., 2011).

From an evolutionary perspective, *Social Rank Theory* (Gilbert, 2000, 2002; 2005, 2007; Gilbert, Price & Allan, 1995) associates shame with a diminishment of social desirability. Thus, social status can be maintained or improved not only by strategies that increase social attractiveness (e.g., prosocial behavior, competence or talent), but also by strategies that provide power (e.g., anger, aggression, hostility behaviors). Once aggressive individuals are particularly vulnerable to shame experiences, they engage in hostile behaviors (to seek a dominance position) as a defensive strategy to cope with

experiences of humiliation, instead of displaying a submissive position (Elison et al., 2014; Gilbert, 1998; Morrison & Gilbert, 2010; Tedeshi & Felson, 1994).

Recent studies have shown that shame *per se* does not allow the differentiation of high levels of shame found in clinical populations, so maladaptive shame *coping* is a relevant contributing factor (Elison et al., 2014; Kim et al., 2009; Nathanson, 1994; Paulo, 2013; Tedeshi & Felson, 1994). Aggressive individuals may engage in both internalized and externalized *coping* strategies, although tendencies toward aggression, anger and hostility are likely to be associated with externalized strategies (Elison et al., 2014; Gilbert & Miles, 2000; Gold et al., 2011; Morrison & Gilbert, 2001). Regarding this perspective, Caldas (2013) suggests that disruptive disorder and social phobia pathologies cannot be distinguished by severity of shame, supporting the important role of current levels of shame and shame *coping* strategies in the explanation of different individual problems. Moreover, this study reveals that individuals with disruptive disorders seem to use mostly externalized strategies, attacking others, turning shame into less self-threatening emotions.

This study's main goal was to explore the mediational effect of shame and shame *coping* strategies in the relationship between early memories (the centrality of early shame and the lack of early warmth and safeness experiences) and the different dimensions of aggressive behavior (physical/ verbal aggression, anger and hostility). We hypothesized a significant predictor effect of the centrality of early shame and the lack of early warmth and safeness experiences on current levels of shame and on aggressive behavior. We also expected that shame and shame *coping* strategies were significant mediators in the association between early memories and the different dimensions of aggressive behavior. Finally, regarding the role of specific shame *coping* strategies in different dimensions of aggressive behavior, we expected that the Attack Other was the main strategy used by individuals with disruptive disorders.

To our knowledge, this is the first study to explore the impact of shame and shame *coping* strategies on the relationship between early experiences and aggressive behavior in a clinical sample of adolescents with Disruptive Disorders.

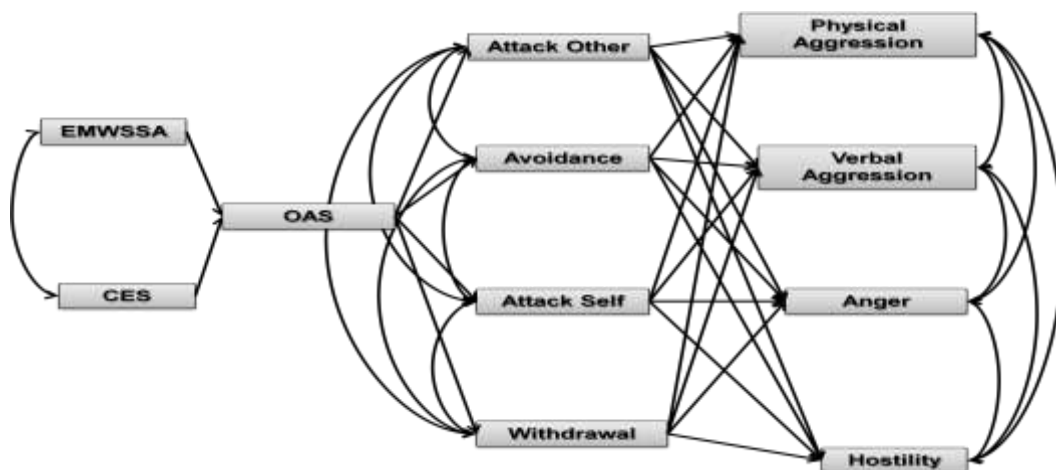


Figure 1. The theoretical model. Key: CES = Centrality of Event Scale; EMWSS-A = Early Memory Warmth and Safeness Scale Adolescent Version; OAS = Other as Shamer Scale.

2. Method

2.1. Participants

Participants were 283 adolescents, 55.5% ($n = 157$) from juvenile detention facilities, 31.4% ($n = 89$) from professional schools, 7.4% from foster care ($n = 21$) and 5.7% ($n = 16$) from regular schools. The participants' mean age was 16.37 ($SD = 1.29$; ages ranging from 13 to 20), 82.7% were male ($n = 234$) and 17.3% were female ($n = 49$). The mean number of years of education was 6.52 ($SD = 1.62$; ranging from 1 to 11). Concerning socioeconomic status, 57.8% of the participants were from a low socioeconomic status ($n = 167$); 28.0% were from a medium socioeconomic status ($n = 81$) and 14.2% were from a high socioeconomic status ($n = 41$).

Regarding clinical characteristics, the majority of the participants presented a Conduct Disorder as the main diagnosis (86.2%, $n = 244$), followed by an Oppositional Defiant Disorder (8.8%, $n = 25$), and Antisocial Personality Disorder (4.9%, $n = 14$).

2.2. Measures

Structural Clinical Interviews

Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; Scheehan et al., 1998; Portuguese version by Ribeiro da Silva, da Motta, Brazão & Rijo) is a structured clinical interview which assesses Axis I mental disorders, namely: Mood Disorders; Anxiety Disorders; Substance-Related Disorders; Tic Disorders; Disruptive Disorders and Attention Deficit; Psychotic Disorders; Eating Disorders; and Adjustment Disorders. The

interview has also a section which allows the screening of Global Developmental Disorders.

Participants aged 18 or older were also evaluated for Antisocial Personality Disorder (ASPD) and Borderline Personality Disorder (BPD), using ASPD and BPD sections of SCID-II – Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; Portuguese version by Pinto-Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, & Salvador, 1999).

Self-report Measures

Early Memories

Centrality of event scale (CES; Bernstein & Rubin, 2006; Portuguese version for adolescents by da Motta, C. & Rijo, D., 2012) assesses the extent to which a memory of a stressful event constitutes a reference point to individuals' identity and to the attribution of meaning to other experiences in a person's life. This 20 item-scale, rated on a 5-point *Likert* scale, assesses three interdependent characteristics of a highly negative emotional event: reference points for everyday inferences, turning point in life stories and components of personal identity. The original version revealed a high internal consistency ($\alpha = .94$); in the Portuguese version for adolescents the alpha was .95, whereas in the current sample it was .94.

Early memories of warmth and safeness scale (EMWSS; Ritcher, Gilbert, & McEwan, 2009; **EMWSS-A;** Portuguese version for adolescents by Cunha, Xavier, Martinho, & Matos, 2013), assesses the recall of one's feeling warm, safe, and cared for in childhood. It is a 21-item scale rated on a five-point *Likert* scale (0 = "No, never" - 4 = "Yes, most of time"). In its original study, in the Portuguese version for adolescents and in the current study, the scale presented an excellent internal consistency, with Cronbach's alphas of .97, .95, .96 respectively.

Shame

Other As Shamer (OAS; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; Portuguese version for adolescents by Barreto, C. & Pereira, V., 2012) is an 18 item-scale which assesses external shame (subject's perception of being negatively judged by others). Each item is rated on a 5-point *Likert* scale reporting the frequency with which one experiences the feelings described in each statement (0 = "Never" - 4 = "Almost always"). The original study, the Portuguese version for adolescents and the current study revealed excellent internal consistency levels ($\alpha = .92$, $\alpha = .93$, $\alpha = .95$ respectively).

Coping with shame

Compass of Shame Scale (COSS; Elison, Lennon, & Pulos, 2006; Portuguese Version by da Fonseca, da Motta, Ribeiro da Silva, Brazão, & Rijo, *non published manuscript*) is a 48 item-scale which assesses four individual maladaptative styles of *coping* with shame, described by Nathanson's (1994) shame model: *Attack Self*, *Attack Other*, *Avoidance* and *Withdrawal* before certain situations. Twelve potentially shame-inducing scenarios are presented to the subjects, each one with four response options, representative of the characteristic reactions of the four *coping* styles. Items are rated on a 5-point Likert scale (0 = "Never" - 4 = "Almost always"), reporting the frequency with which one experiences the feelings described in each statement. Internal consistency of the original scale ranged from .74 to .91. In the Portuguese version similar results were found, with alphas ranging between .74. and .92. In the present study, internal consistency values were .92 for Attack Other, .89 for Avoidance, .85 for Avoidance and .92 for Withdrawal.

Aggressive Behavior

Aggression Questionnaire (AQ; Buss & Perry, 1992; Portuguese version by Vieira, A. & Soeiro, C., 2002) is a 29 item-scale which assesses four domains or dimensions of aggression: physical and verbal aggression, which represents the instrumental domain or motor behaviors (involving harm or infliction of harm to others), anger which corresponds to the emotional domain (physiological activity and preparation for aggressive behavior), and hostility which refers to the cognitive domain (thoughts of evil and injustice). Items are rated on a 5-point Likert scale (1 = "Never or almost never" - 5 = "Always or almost always"). In its original version the alphas ranged from .72 to .85, while in the Portuguese version the same values ranged between .63 and .87. In the current study, internal consistency values were .79 for Physical Aggression, .69 for Verbal Aggression, .82 for Anger and .81 for Hostility.

2.3. Procedures

Institutions' boards were contacted in order to present the research goals and to obtain authorization for subjects' participation. Study goals were, then, explained to participants and informed consent was obtained from each participant or his/her legal tutor. On a first stage, adolescents were interviewed with structured clinical interviews in order to select subjects with the main diagnosis of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Antisocial Personality Disorder and Borderline Personality Disorder. Then, the selected participants answered self-report measures of early memories, shame,

coping with shame, and aggressive behavior. Data collection was carried out by the authors of this paper. Research ethical standards were assured, and data collected was used exclusively for research purposes, warranting participants' data confidentiality and anonymity.

3. Results

3.1. Data analysis

Statistical analyses were conducted using PASW (Predictive Analytics Software), version 20 (SPSS, Chicago, IL, USA) and Mplus, version 6.12 (Muthen & Muthen, 2011). Descriptive statistics were computed to explore demographic variables and data were screened for multivariate normality and outliers. Initially, a confirmatory factor analysis (CFA) was conducted, using *Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted* (WLSMV) algorithm in order to evaluate the validity of the measurement models in *Structural Equation Modeling* (SEM). The measures' goodness of fit indices was analyzed according to the recommendations of Hair and colleagues (2009). In order to explore the relationship between variables we performed *Pearson correlation coefficients*. A mediational study was then conducted, in which we tested whether the current levels of shame (OAS) and the shame *coping* styles (CoSS) mediated the relationship between early memories (centrality of shame memories - CES and warmth/safeness memories - EMWSS-A) and aggressive behavior (Physical Aggression, Verbal Aggression, Anger, Hostility; see Figure 1). A *Path analysis* was carried out to test for the mediator effects described above. This technique is a special case of SEM and considers hypothetical casual relations between variables that have already been defined (Pilati & Laros, 2007; Kline, 2005; Schreiber et al., 2006). Since the assumption of multivariate normality was not verified we used the *Maximum Likelihood* (ML) algorithm, which has been defined as relatively robust (e.g., to violations of the multivariate normality assumption; Kline, 2005) and as the most frequently used estimation method in SEM (Brown, 2006). SEM procedure estimates the optimal effect of one set of variables on another set of variables in the same equation, controlling for error (Kline, 2005). According to Hoyle and Smith (1994) SEM has two advantages over the analysis of variance or multiple regression analysis. Firstly, SEM can evaluate the magnitude of relations among psychological constructs while controlling for measurement errors associated with fallible indicators of theoretical constructs. Secondly, it can estimate and evaluate multiple equations (i.e., unique and common paths)

simultaneously in a single structural model. Effects with $p < .050$ were considered statistically significant. We performed model modifications to the original hypothesized model to have a better fitting or a more parsimonious model, based on Modification Indexes (MI; values greater than 11; $p < .001$), according to the theoretical content of each item.

3.2. Descriptives

The means and standard deviations for each measure in the total sample are presented on Table 1.

Table 1. Means (M), standard deviations (SD) (N=283).

	Early memories		Shame		Coping with shame			AQ			
	EMWSS-A	CES	OAS	AO	AS	AV	W	PA	VA	A	H
M	55.50	57.01	27.04	16.20	17.54	19.28	17.85	26.30	14.13	19.57	21.61
SD	1.03	1.04	.86	.60	.67	.54	.68	.40	.23	.30	.36

Note: CES = Centrality of event scale. EMWSS-A = Early memories of warmth and safeness scale. OAS = Other as Shamer. CoSS = Compass of Shame Scale. AO = Attack Other. AS = Attack Self. AV = Avoidance. W = Withdrawal. AQ = Buss-Perry Aggression Questionnaire: PA = Physical Aggression. VA = Verbal Aggression. A = Anger. H = Hostility.

3.3. Confirmatory Factorial Analysis

Measurement models in SEM were evaluated. A confirmatory factor analysis (CFA) was performed and a wide range of goodness of fit indices was used to depict different aspects of model fit scales¹. On a first step, one-factor confirmatory models of CES ($\alpha^2/\text{gl} = 565.002$, $p < .001$; CFI = .940; TLI = .933; RMSEA = .090, $p < .001$; WRMR = 1.180), EMWSS-A ($\alpha^2/\text{gl} = 631.853$, $p < .001$; CFI = .960; TLI = .955; RMSEA = .090, $p < .001$; WRMR = 1.178) and OAS ($\alpha^2/\text{gl} = 517.610$, $p < .001$; CFI = .954; TLI = .948; RMSEA = .099, $p < .001$; WRMR = 1.192) revealed marginal/poor values of fit statistics. The factor structure of CoSS's Portuguese version, in which all items are loaded in four subscales, presented an acceptable fit to the model ($\alpha^2/\text{gl} = 2401.781$, $p < .001$; CFI = .935; TLI = .932; RMSEA = .065, $p < .001$; WRMR = 1.459). Finally, the four-factor confirmatory model of the Aggression Questionnaire did not show a sustainability of the fit indices ($\alpha^2/\text{gl} = 1046.229$, $p < .001$; CFI = .901; TLI = .891;

¹ The following statistics and recommended cut-points were used to evaluate the overall fit model: Chi-square (χ^2 , insignificant p-values even with good fit; larger values represent worse fit), Comparative Fit Index (CFI $\geq .95$ = good), Tucker-Lewis Index (TLI $\geq .95$ = good), RMSEA $\leq .05$ = very good, $\leq .08$ = acceptable; $\leq .10$ = poor) and Weighted Root Mean Square Residual (WRMR $\leq .90$) (Hair et al., 2009, Scheireiber et al., 2006).

RMSEA = .079, $p < .001$; WRMR = 1.400) (Hair et al., 2009). Nonetheless, analysis of internal consistency of scales did not suggest that the deletion of any single item would significantly improve the model.

3.4. Correlation analysis

Pearson's correlations were computed². Regarding the association between early memories, shame, shame *coping* styles and aggressive behavior, we found that the current levels of shame (OAS) showed significant associations with the centrality of shame experiences (CES) ($r(283) = .32$; $p < .001$) and the warmth and safeness memories (EMWSS-A) ($r(283) = -.19$; $p < .001$), in a negative direction, as expected. Concerning the relationship between the centrality of shame memories (CES) and aggressive behavior, results revealed that the traumatic impact of shame memory was particularly associated with Physical Aggression (PA) ($r(283) = .13$; $p < .05$), Anger (A) ($r(283) = .18$; $p < .01$) and Hostility (H) ($r(283) = .19$; $p < .001$), showing positive and weak correlations. However, the warmth and safeness memories (EMWSS-A) were not significantly correlated with any dimension of aggressive behavior. The current levels of shame (OAS) were positively and moderately correlated with all aggressive behavior dimensions (OAS-PA: $r(283) = .34$; $p < .001$; OAS-VA: $r(283) = .33$; $p < .001$; OAS-A: $r(283) = .43$; $p < .001$; OAS-H: $r(283) = .60$; $p < .001$). Concerning the correlation between shame *coping* strategies (COSS-AO/AS/AV/WD) and aggressive behavior (AQ-PA/VA/A/H), all strategies were positively and significantly associated with all dimensions of aggressive behavior. These correlations ranged from $r(283) = .23$; $p < .001$ (COSS-AV with PA) to $r(283) = .58$; $p < .001$ (COSS-AS with H). Contrary to what we expected, no significant correlations were found between the centrality of shame experiences (CES) and the warmth and safeness memories (EMWSS-A).

3.5. Path Analysis

Taking into account our hypothesis we tested an integrative mediation model in which we studied the mediator effect of shame (OAS) and shame *coping* strategies (COSS) in the relationship between early experiences (EMWSS-A and CES) and aggressive behavior (AQ – Physical Aggression, Verbal Aggression, Anger and Hostility) (see Figure 1). The effect of each variable on aggressive behavior can be direct or indirect mediated by shame and shame *coping* styles.

² Correlations were interpreted using Field (2009).

The hypothesized structural equation model (SEM), consisting of 77 parameters, was tested through a fully saturated model (i.e., zero degrees of freedom). Once fully saturated models always produce a perfect fit to the data, model fit indices were neither examined nor reported (Kline, 2005). Concerning aggressive behavior, the model explained 18.9% of physical aggression, 23.8% of verbal aggression, 31.5% of anger and 43.4% of hostility variances. In this model, the following paths were not statistically significant³: the association between early memories of warmth and safeness and the centrality of shame memories ($\beta = 3.47$; $p = .851$); the direct effect of warmth/safeness memories on Avoidance ($\beta = .034$; $p = .203$), Attack Self ($\beta = -.002$; $p = .937$), Withdrawal ($\beta = -.018$; $p = .542$) and Attack Other ($\beta = .021$; $p = .455$), Physical Aggression ($\beta = .013$; $p = .538$), Anger ($\beta = .006$; $p = .697$) and Hostility ($\beta = -.000$; $p = .998$); the direct effect of the centrality of shame memories (CES) on Physical Aggression ($\beta = -.009$; $p = .689$), Verbal Aggression ($\beta = -.020$; $p = .103$), Anger ($\beta = -.010$; $p = .525$) and Hostility ($\beta = -.027$; $p = .104$); the direct effect of Avoidance on Verbal Aggression ($\beta = .032$; $p = .387$) and Hostility ($\beta = -.002$; $p = .965$); the direct effect of Attack Self on Physical Aggression ($\beta = .091$; $p = .232$), Verbal Aggression ($\beta = .071$; $p = .087$) and Hostility ($\beta = .091$; $p = .107$); the direct effect of Withdrawal on Physical Aggression ($\beta = -.115$; $p = .107$), Anger ($\beta = -.023$; $p = .640$) and Hostility ($\beta = .041$; $p = .442$); and, finally, the direct effect of Attack Other on Hostility ($\beta = .087$; $p = .063$).

For this reason, these non-significant paths were excluded, one at a time, and the model, consisting of 51 parameters, was recalculated (Figure 2).

³ Effects with $p < 0.050$ were considered statistically significant.

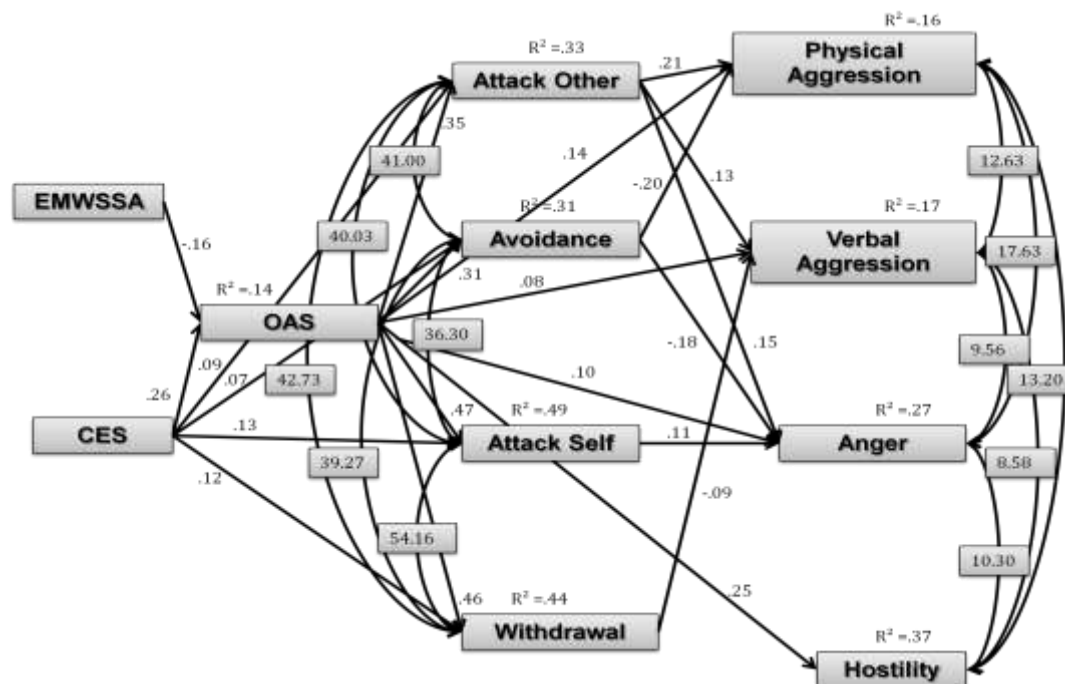


Figure 2. Results of mediation path analysis showing the relationships between early memories (shame and warmth/safeness) and aggression mediated by shame and shame coping styles, with standardized estimates and square multiple correlations ($N = 283$). Key: CES = Centrality of Event Scale; EMWSSA = Early Memory Warmth and Safeness Scale Adolescent Version; OAS = Other as Shamer Scale.

In the examination of the adjusted model, the recommended goodness of fit indices showed a good model fit ($\chi^2_{(21)} = 51.766$, $p \leq .001$; CFI = .985; TLI = .960, SRMR = .055; RMSEA = .072, $p[\text{rmsea} \leq 0.05] = .069$ (Hair et al., 2009; Hu & Bentler, 1995))⁴. All the paths were statistically significant and the model accounted for 14.1% of current levels of shame, 30.5% of Avoidance, 48.9% of Attack Self, 43.9% of Withdrawal, 33.3% of Attack Other, 15.8% of Physical Aggression, 16.6% of Verbal Aggression, 27.1% of Anger and 36.7% of Hostility variances.

Concerning early memories, results showed that both kinds of memories influence the current scores of shame (OAS). The centrality of shame memories (CES) predicted the current levels of shame ($\beta = .264$; $p < .001$), and early warmth and safeness memories predicted shame ($\beta = -.162$; $p < .001$) in a negative direction, as expected. The centrality of shame memories (CES) also predicted all shame coping strategies (CoSS-AO/AV/AS/W) (AO: $\beta = .09$; $p < .05$; AV: $\beta = .070$; $p < .05$; AS: $\beta = .133$; $p < .001$; W:

⁴ The following statistics and recommended cut-points were used to evaluate the overall fit model: Chi-square (χ^2 , insignificant p-values even with good fit; larger values represent worse fit), Comparative Fit Index (CFI $\geq .95$ = good), Tucker-Lewis Index (TLI $\geq .95$ = good), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA $\leq .05$ = very good, $\leq .08$ = acceptable; $\leq .10$ = poor) and Standardized Root Mean Square Residual (SRMR $\leq .08$ = good) (Hair et al., 2009, Hu & Bentler, 1995).

$\beta = .118$; $p < .001$), in a positive direction, which means that the more central the memory of shame is to a subject's identity, the more he/she uses shame *coping* strategies.

Regarding current levels of shame, as expected, OAS predicted all four shame coping styles (Attack Other: $\beta = .353$; $p < .001$; Avoidance: $\beta = .312$; $p < .001$; Attack Self: $\beta = .467$; $p < .001$; Withdrawal: $\beta = .460$; $p < .001$), which may reflect that shame-prone individuals can more often engage in maladaptive shame *coping* strategies. Additionally, OAS predicted all dimensions of aggressive behavior (AQ; PA: $\beta = .144$; $p < .001$; VA: $\beta = .082$; $p < .001$; A: $\beta = .099$; $p < .001$; H: $\beta = .253$; $p < .001$).

Concerning shame *coping* maladaptive strategies, moderate correlations were found among all of the strategies (Attack Other x Avoidance: $\beta = .41.00$; $p < .001$; Attack Other x Attack Self: $\beta = .40.03$; $p < .001$; Attack Other x Withdrawal: $\beta = .42.73$; $p < .001$; Avoidance x Attack Self: $\beta = .36.30$; $p < .001$; Avoidance x Withdrawal: $\beta = .39.27$; $p < .001$; Attack Self x Withdrawal: $\beta = .54.16$; $p < .001$). As expected, Attack Other predicted Physical Aggression ($\beta = .213$; $p < .001$), as well as Anger ($\beta = .146$; $p < .001$) and Verbal Aggression ($\beta = .133$; $p < .001$). In addition, Avoidance negatively predicted Physical Aggression ($\beta = -.201$; $p < .001$) and Anger ($\beta = -.180$; $p \leq .001$), and Withdrawal negatively predicted Verbal Aggression ($\beta = -.093$; $p < .001$). Attack self positively predicted Anger ($\beta = .111$; $p < .001$). These results mean that adolescents who cope with their shame feelings by attacking others tend to show higher levels of aggressive behavior. Adolescents who report higher levels of anger cope with shame by attacking themselves or others. In turn, individuals who cope with shame feelings by minimizing the shame's message or by escaping to potential shameful situations, tend to be less aggressive. Surprisingly, Hostility was not predicted by any shame *coping* strategy. Regarding indirect trajectories, although early experiences of warmth and safeness (EMWSS-A) and the centrality of shame experiences (CES) didn't directly predict Physical Aggression (PA), indirect paths have emerged as significant when they included shame (EMWSS-A-OAS-PA: $\beta = -.023$; $p < .05$; CES-OAS-PA: $\beta = .038$; $p < .001$), Attack Other (EMWSS-A-OAS-AO-PA: $\beta = -.012$; $p < .05$; CES-OAS-AO-PA: $\beta = -.020$; $p < .05$; CES-AO-PA: $\beta = .019$; $p < .05$) and Avoidance (EMWSS-A-OAS-AV-PA: $\beta = .010$; $p < .05$; CES-OAS-AV-PA: $\beta = -.017$; $p < .05$; CES-AV-PA: $\beta = -.014$; $p < .05$). The indirect paths from early memories (positive or negative) to Verbal Aggression, through shame (EMWSS-A-OAS-VA: $\beta = -.013$; $p < .05$; CES-OAS-VA: $\beta = .022$; $p < .001$), Attack Other (EMWSS-A-OAS-AO-VA: $\beta = -.008$; $p < .05$; CES-OAS-AO-VA: $\beta = .012$; $p < .001$; CES-AO-VA: $\beta = .012$; $p < .05$) and Withdrawal (EMWSS-A-OAS-W-VA: $\beta = .007$; $p < .05$; CES-OAS-W-VA: $\beta = -.011$; $p < .001$;

CES-AV-VA: $\beta = .011$; $p < .05$) were statistically significant. The indirect paths between early memories (positive and negative) and anger, through shame (EMWSS-A-OAS-A: $\beta = -.016$; $p < .05$; CES-OAS-A: $\beta = .026$; $p < .001$), Attack Other (EMWSS-A-OAS-AO-A: $\beta = -.008$; $p < .05$; CES-OAS-AO-A: $\beta = .014$; $p < .001$; CES-AO-A: $\beta = .013$; $p < .05$), Attack Self (EMWSS-A-OAS-AS-A: $\beta = -.008$; $p < .05$; CES-OAS-AS-A: $\beta = .013$; $p < .05$; CES-AS-A: $\beta = .015$; $p < .05$) and Avoidance (EMWSS-A-OAS-AV-A: $\beta = .009$; $p < .05$; CES-OAS-AV-A: $\beta = -.015$; $p < .001$; CES-AV-A: $\beta = -.013$; $p < .05$) were also significant. Regarding Hostility, although early experiences (positive and negative) were not directly linked to Hostility, indirect paths have emerged as significant when they included the current levels of shame (EMWSS-A-OAS-H: $\beta = -.041$; $p < .001$; CES-OAS-H: $\beta = .067$; $p < .001$).

Summing up, a complex mediational chain predicting aggressive behavior was found in which shame and shame *coping* styles mediated the relationship between early experiences and aggressive behavior.

4. Discussion

There is increasing evidence showing that shame is a powerful transdiagnostic predictor of mental health problems (for a review see Kim et al., 2011). Nevertheless, the predictor impact of shame is not entirely clear in some forms and types of psychopathologies, like the development and maintenance of disruptive disorders (Gold et al., 2011; Elison et al., 2014). Moreover, only few studies have focused on the role of shame and mechanisms used by aggressive individuals to regulate this emotion. This study's main goal was to test the predictor role of the centrality of early shame experiences and the lack of early warmth and safeness experiences on current levels of shame and on aggressive behavior. We also explored the mediational effect of shame and shame *coping* strategies in the relationship between early memories and different dimensions of aggressive behavior. The predictor role of specific shame *coping* strategies in different dimensions of aggressive behavior was addressed.

On a first step, we explored the relationship between the centrality of shame memories and early warmth/safeness memories. Contrarily to what was expected, results showed a negative but non-significant association between both types of memories. One possible explanation for this result has to do with the item's nature of these self-report measures and with the characteristics of our clinical sample. Since the items are always presented in a positive way and adolescents with disruptive problems seem to be more

sensitive to negative evaluations from others, they may report memories of warmth and safety that they did not actually experience, protecting the *self* from feelings of inferiority and weakness (Greenwald & Harder, 1998).

Concerning the impact of early memories on current levels of shame, results showed that both (positive and negative) early experiences predicted present feelings of shame, which is congruent with previous studies (Gilbert et al., 1996; Matos et al., 2012; Paulo, 2013). Individuals who report early positive memories tend to be less shame-prone, to evaluate themselves and others in a more positive way and to reassure themselves when facing setbacks or failures (Gilbert et al., 1996; Gross & Hansen, 2000; Matos et al., 2012). Thus, memories of warmth and safeness can act as a protective factor against shame, promoting feelings of soothing and attachment (Eisenberger, 2011; Matos, et al., 2013; Ritcher, Gilbert, & McEwan, 2009). Furthermore, as many studies pointed out, individuals who evoke higher levels of shame experiences as traumatic memories and who regard these shame events as key to personal identity and as turning points in their lives, tend to believe that they exist negatively in the minds of the others (i.e., external shame) and judge themselves as non attractive, inferior or defective (e.g., Bennett et al., 2005; Gilbert, 2003; Gilbert et al., 1996; Kim et al., 2009; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos et al., 2011, 2012; Schore, 2001; Stuewig & McCloskey, 2005). In other words, recollections of central shame memories may constitute a risk factor to later shame feelings (Bennett et al., 2005; Pinto-Gouveia & Matos, 2011).

Regarding the influence of early memories of shame on shame *coping* strategies, results showed that the centrality of shame memories predicted the four types of maladaptive shame *coping*, both in a direct and in an indirect direction (through shame). In accordance with some studies, these results may suggest that individuals with higher levels of central shame memories tend to adopt maladaptive shame *coping* strategies more often, which can be displayed after the experience of shame or almost automatically without the presence of conscious feelings of shame (Farmer & Andrews, 2009; Elison et al., 2014; Gold et al., 2011; Kivisto et al., 2011; Velotti et al., 2014).

As expected, our mediational model showed that the centrality of shame memories and early warmth / safeness memories indirectly predicted the dimensions of aggressive behavior through shame feelings and shame *coping* styles. These findings support the assumption that early shame experiences, when central to self identity, increased the vulnerability to dysfunctional levels of shame and psychopathology (Hoglund & Nicholas, 1995; Matos et al., 2012; Pinto-Gouveia & Matos, 2011; Stuewig & McCloskey, 2005; Tangney & Dearing, 2002). From this perspective, recent studies

showed that individuals from harsh backgrounds (e.g., abuse, harsh parental styles, attachment difficulties, neglect) tend to present more disruptive, aggressive and antisocial behaviors throughout their lifespan (Gold et al., 2011; Harper & Arias, 2004; Kemp, Overbeek, Wied, Engels, & Scholte, 2007; Kim et al., 2009; Ogilvie et al., 2014; Savage, 2014). Specifically, Kivisto et al. (2011) pointed out that memories of early abuse and violence experiences, in which individuals have felt ashamed, contribute to the development of high levels of chronic anger and, in turn, to the transgenerational cycles of aggression. In fact, a child who is a victim of parental abuse or aggression, he/she is at risk of being an offender later. Contrarily, individuals who recall feelings of warmth, care and safety in childhood are less prone to engage in aggressive behaviors (Cunha et al., 2013; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Procter, 2006; Savage, 2014). Hence, early positive attachment or social interactions seem to act as a protective factor, reducing the toxic effects of early adverse and traumatic experiences in the development of internal working models of the self and others, and on subsequent psychosocial adjustment (Gilbert, 2007; Pinto-Gouveia & Matos, 2011; Richter et al., 2009).

One major finding from this study was that shame and shame *coping* styles mediate the relationship between both kinds of early memories and aggressive behavior. Current levels of shame predicted both directly and indirectly the four dimensions of aggressive behavior. A considerable body of research showed that aggressive behaviors may be most common when individuals feel completely rejected or subordinated in social contexts, i.e., when individuals feel external shame (Ahmed & Braithwaite, 2004; Aslund et al., 2009; Elison et al., 2014; Farmer & Andrews, 2009; Gilbert, 1998, 2002, 2007; Gilbert & Miles, 2000; Heaven et al., 2009; Hejdenberg & Andrews, 2011; Høglund & Nicholas, 1995; Kim et al., 2009; Stuewig et al., 2010; Thomaes et al., 2011).

We also expected that the association of shame and shame *coping* styles fully mediated the relationship between early experiences and aggressive behavior, but the partial mediation found can be explained based on a developmental approach. Adolescents often show a particular vulnerability to shame, as a consequence of maturational changes, reflected in the increased self-consciousness and concern about how one is viewed by others (e.g., sensitivity to peer evaluation, social status and sex roles) (Aslund et al., 2009; Reimer, 1996; Thomaes et al., 2011). Thus, the direct association between shame feelings and aggression, without the mediation of *coping* with shame strategies, can be related to the fact that adolescents may have more consciousness of their emotional states (i.e. current feelings of shame) than of the strategies they use to cope with them.

Shame is associated with different shame *coping*/ regulation strategies, which also significantly influenced the triggering of aggressive behaviors (Elison et al., 2006; Nathanson, 1994; Scheff, 2009; Schoenleber & Berenbaum, 2012; Tangney & Dearing, 2002). When considering shame *coping* strategies, our results showed moderate correlations among all the *coping* mechanisms, which is consistent with the Nathanson's (1994) Compass of Shame Model and with the work developed by Elison and colleagues (2006).

Taking into account the role of shame *coping* styles on dimensions of aggressive behavior, Physical Aggression is predicted by Avoidance and Attack Other, as expected. Regarding the association between Physical Aggression and Attack Other strategy, this result is congruent with some studies and clinical observations which show that individuals with disruptive disorders are especially sensitive to humiliation and to the possibility of status loss, and, thus, minimize the experience of shame, by externalizing or redirecting it (Gilbert, Price, & Allan, 1995; Gold et al., 2011; Greenwald & Harder, 1998; Kivisto et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002). These outcomes may suggest that, when faced with increased perceived social threats, individuals tend to physically assault others as a fighting response against feelings of insecurity, blame others for being criticized and display a dominant behavior (Aslund et al., 2009; Elison et al., 2014; Gilbert, 1998; Lewis, 1971; Morrison & Gilbert, 2001; Tangney et al., 2011; Velotti et al., 2014; Tedeschi & Felson, 1994). On the other hand, results showed that low scores of Physical Aggression were predicted by Avoidance, which means that the more adolescents distract themselves and others from the experience of shame, the less they engage in physical aggression. This negative link between Avoidance and Physical Aggression is congruent with previous research, which pointed out that avoidance seems to be a common strategy among aggressors in order to protect the *self*, hiding shame from *self* and others, trying to preserve a perceived dominant/ superior position (Elison et al., 2006b; Gilbert, 2002; Gilbert & Miles, 2000; Nathanson, 2004).

Verbal Aggression was moderately and significantly predicted by Attack Other, consistent with our hypothesis and some other studies (Aslund et al., 2009; Elison et al., 2014; Felsten & Hill, 1998; Kim et al., 2009; Mills, 2005; Roberto, Meyer, Boster, & Roberto, 2003). Shame-prone individuals tend to defend themselves against a social threat, verbally attacking and argumentatively confronting someone else, in order to externalize shame feelings. Verbal aggression is also a defensive strategy to pursue social acceptance and to avoid a submissive position (Elison et al., 2006a,b; Gilbert, 1998, 2002). The Withdrawal shame *coping* style also significantly predicted verbal aggression,

although very weakly. Concerning the negative association between Withdrawal and Verbal Aggression, it shows that the more adolescents escape from situations where they feel ashamed, the less they engage in verbal aggression (Elison et al., 2006a,b). Individuals who accept a shame message and hide from a situation (submissive behavior), have reported lower levels of verbal aggression (Elison et al., 2006a,b). In addition, running away from a social situation arises as an antagonistic mechanism for individuals with disruptive disorders to cope with shame, since aggressive and hostile behaviors seem to provide them with a comfortable position, signaling social dominance and power (Tangney & Dearing, 2002).

Concerning Anger, Attack Self, Attack Other and Avoidance arise as significant predictors, as expected (Nathanson, 1992; Elison et al., 2014; Tangney et al., 1996). Anger is a common response to cope with shame and the perceived threat it represents to social status, motivating individuals to attack (Elison et al., 2014; Gilbert & Miles, 2000; Lewis, 1971; Robinson, Roberts, Strayer, & Koopman, 2007; Tangney et al., 1996; Tangney & Dearing, 2002). From this point of view, the positive link between Anger and Attack Poles describes a defensive strategy in which ashamed individuals tend to convert painful feelings of shame into anger, directed inwards (i.e. attack self) or outwards the self (i.e. attack other) (Elison et al., 2006a, b; Farmer & Andrews, 2009; Tangney & Dearing, 2002), depending on individuals' perception about their social attractiveness and dominance (Ahmed & Braithwaite, 2004; Gilbert & Miles, 2000; Morrison & Gilbert, 2001). Furthermore, the predictive role of Attack Other and Attack Self on Anger is also congruent with a particular emotional state of shame-based anger, named "Humiliated fury", in which individuals reappraise shameful events as externally caused, replacing self-blame with other-blame (Thomaes et al., 2011). In other words, adolescents who attack others (externalizing anger) when they feel ashamed (inferior, incompetent, socially devaluated), have a higher probability of being attacked and scrutinized, which may result in shame-anger interpersonal cycles (Lewis, 1971; Scheff, 1987; Scheff & Retzinger, 2001; Thomaes et al., 2011). As expected, a negative association was found between Avoidance and Anger, which suggests that individuals who externalize less anger tend to avoid shame's message to protect a desired social identity (Nathanson, 1992, 1994; Elison et al., 2006 a, b; Velotti et al., 2014). This result also suggests that avoidance can act as an inhibitor factor for Anger, once aggressive individuals have problems with self-control and difficulties in managing anger and impulsivity (Thomaes et al., 2011).

Contrarily to what was expected, *coping* with shame strategies did not predict Hostility directly or indirectly. Only current feelings of shame directly predicted Hostility, supporting a link widely recognized in the literature (e.g., Buss & Perry, 1992; Elison et al., 2014; Gilbert, 1997, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Heaven et al., 2009; Hoglund & Nicholas, 1995; Podubinski, Daffrn, & Lee, 2012; Tangney et al., 1996; Thomaes et al., 2011). The influence of shame on hostility may be explained by the clear sensitivity to negative evaluations about the self, as well as high levels of suspicion or even paranoid beliefs evidenced by hostile individuals (Buss & Perry, 1992). Moreover, theoretical and empirical evidence have reported that hostility is strongly linked to the tendency to reappraise shameful events as externally caused, and others as being fault or intentionally malevolent, causing a strong desire to retaliate and adopt a hostile-dominance interpersonal style (Gilbert, 1997, 1998; Gilbert et al., 2005; Gilbert & Morris, 2001; Thomaes et al., 2011). For these reasons, we expected to find the predictive effect of Attack Other shame *coping* style on Hostility, once individuals with negative beliefs about the self and the others tend to adopt external attributions and blame others as a self-preserving bias (Brazão et al., 2014). However, this association wasn't found in this study. One possible explanation may have to do with the nature of hostility, which requires more complex cognitive processes. That is why it seems less conscious and more difficult to identify in adolescents (Thomaes et al., 2011). Thus, adolescents did not associate hostility with any strategy of *coping* with shame, being only predicted by current shame feelings, which is more conscious because it is an emotion/experience, not a strategy.

Supporting our theoretical background, these findings emphasize the relevant impact of early experiences on current shame feelings. Findings also showed that shame predicts (through shame coping strategies) the four dimensions of aggressive behavior both directly and indirectly. Attack others and Attack Self shame *coping* styles may play a crucial role on the development and maintenance of aggressive behavior. Avoidance and Withdrawal *coping* styles may work as protective factors, since they help to reduce the display of aggressive behaviors, although they remain maladaptive *coping* strategies. In general, individuals with disruptive disorders may engage in externalized and internalized shame *coping* strategies, although they mainly seem to take on externalized ones, particularly Attack Other.

From a theoretical perspective, this study contributes to a better understanding of aggressive behavior, clarifying the impact of shame feelings and shame *coping* strategies in its origins and maintenance. Concerning clinical implications, results suggest that

shame and shame *coping* styles should be addressed as useful targets in the treatment of adolescents with disruptive disorders.

5. Limitations and future research

A major limitation of this study is related to the cross-sectional nature of the study's design, which does not allow the establishment of a temporal and causal association between early experiences, shame, shame *coping* strategies and aggressive behavior. Prospective longitudinal studies should also be tested in future studies. Generalizations should be made carefully, once most subjects were male adolescents with a higher prevalence of disruptive disorders. Thus, it was not possible to test the model in both genders for a comparative analysis. Future studies should include large samples of boys and girls to compare the influence of shame and shame *coping* strategies in both genders. Finally, the use of self-report measures may raise questions regarding the validity and reliability of adolescents' reports, given the subjective nature of the answers. Additionally, the recall of some early experiences can be distorted by the individual current mood and may not correspond to a totally reliable evaluation. Nevertheless, this study was strengthened by the use of a structured clinical interview for the diagnosis of disruptive disorders. Future research might benefit from the use of other assessment methodologies.

Nonetheless, this study provides empirical support for the influence of shame and shame *coping* strategies in the etiology, development and maintenance of aggressive behavior. Therefore, shame may be a crucial target for the development of therapeutic intervention programs and case formulations. Future research should also seek to understand the impact of dysfunctional shame *coping* strategies on the development and maintenance of psychopathology.

9. References*

All the references are presented in the general bibliography listed at the end of this master thesis.

Discussão Geral

“Much of the emotional color of our lives is shaded by our perceptions of, and changes in, our social place. Without approval and recognition we can feel (and often are) devalued, subordinated and excluded. Here operate the pathologies of shame.”

Paul Gilbert (2003, p. 1212)

O desenvolvimento da presente dissertação pretendeu explorar o papel das experiências precoces nos níveis atuais de vergonha e no comportamento agressivo e investigar a influência das diferentes estratégias de *coping* com a vergonha nas dimensões do comportamento agressivo.

Neste seguimento, a relevância do presente estudo fundamentou-se no conhecimento ainda lacunar acerca da influência das estratégias de *coping* com a vergonha no comportamento agressivo. Este trabalho veio assim solidificar e clarificar evidência anterior, contribuindo para a construção de modelos teóricos mais integrativos. Adicionalmente, a utilização de uma amostra clínica de adolescentes com problemas de comportamento, recolhida através de procedimentos metodológicos robustos (entrevistas clínicas estruturadas), constituiu uma mais-valia, pelo facto de, em populações clínicas, particularmente de adolescentes, serem esperados níveis mais elevados de vergonha. A este estudo acresce ainda um interesse particular, por se integrar num projeto de investigação mais amplo em desenvolvimento no CINEICC (Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental), particularmente o projeto PAIPA (Programa de Avaliação e Intervenção Psicoterapêutica no Âmbito da Justiça). Este projeto tem como diretrizes gerais o desenvolvimento e a implementação de um programa de intervenção psicoterapêutica individual para uso generalizado em Centros Educativos do Ministério da Justiça.

Nesta secção procuraremos discutir o conteúdo mais nuclear dos resultados do presente estudo, explorando-os à luz de uma perspetiva evolucionária baseada na mentalidade de *Ranking Social*; debater as principais implicações clínicas e apontar para a importância de novas abordagens de intervenção terapêutica focadas no recente legado das

Terapias de 3.^a Geração, e, por fim, apresentar novas direções para investigações futuras apontando para a relevância do estudo da Paranoia em indivíduos agressivos.

Discussão dos resultados

Uma Mentalidade de *Ranking Social* – *O poder, a ameaça social e a agressão*

De acordo com o Modelo Evolucionário e Biopsicossocial (Gilbert, 1995, 2002, 2005, 2009, 2010), a vergonha terá evoluído por impulso de pressões seletivas fortes no sentido de serem asseguradas necessidades inatas de cuidado e afeto, mas também de aceitação no grupo social. Neste sentido, a vergonha parece atuar como um poderoso regulador psicobiológico que permite analisar e responder aos sinais sociais de modo a ser assegurado um impacto positivo na mente dos outros (Gilbert, 2003, 2005). Uma Mentalidade de *Ranking Social* (Gilbert, 1995, 2000, 2005) parece estar na base da associação entre a vergonha e o comportamento agressivo (Gilbert, Price & Allan, 1995), dado que indivíduos agressivos perseguem uma posição social de dominância, e tentam evitar estados de afeto negativo e, subsequentemente, comportamentos de submissão ou o sentimento de inferioridade (Aslund et al., 2009; Morrison & Gilbert, 2001). Perante uma ameaça à atratividade social, um conjunto de estratégias podem ser ativadas. No comportamento agressivo, estratégias de hostilidade-dominância são prevalentes, sendo o outro atacado para que retome uma posição de submissão e o sentido de poder seja restabelecido ao *self* (Aslund et al., 2009; Tedeshi & Felson, 1994).

De um modo global, os resultados corroboraram a hipótese central de que a trajetória entre as experiências precoces e o comportamento agressivo é mediada pela vergonha e pelo *coping* com a vergonha.

Numa primeira fase, os resultados evidenciaram a inexistência de uma associação negativa significativa entre as memórias precoces de calor/segurança e a centralidade das experiências de vergonha, ao contrário do esperado. Porém, este resultado pode ser compreendido à luz da natureza dos itens de ambas as escalas de memórias precoces, caracterizada por uma formulação unidirecional, e das características desta população clínica (i.e.,

hipersensibilidade à avaliação negativa dos outros). Neste sentido, com o intuito de assegurar uma comparação social favorável, os adolescentes podem reportar experiências de calor e segurança que de facto não existiram, ou não assinalar como centrais na sua história de vida memórias precoces adversas e ameaçadoras.

Por sua vez, os sentimentos atuais de vergonha foram significativamente preditos por ambos os tipos de memórias precoces. Estes resultados sugerem que a elevada recordação de experiências precoces negativas, cuja centralidade possa evidenciar sintomatologia traumática, associa-se à experiencição de níveis elevados de vergonha no presente, traduzidos no desenvolvimento de uma visão negativa do *self* (inferior e indesejado) e dos outros (críticos e ameaçadores) (Bennett et al., 2005; Hoglund & Nicholas, 1995; Kim et al., 2009). Em contraponto, memórias precoces positivas predizem negativamente os sentimentos de vergonha. Segundo investigações recentes, indivíduos que reportam elevados níveis de memórias precoces positivas desenvolveram um conjunto de mecanismos de regulação emocional baseados na autotranquilização, autocompaixão e num estilo interpessoal cooperativo/afiliativo (Cunha et al., 2013; Gilbert, 2002). Por este motivo, estas memórias parecem atuar como um fator protetor de níveis de vergonha disfuncionais e da psicopatologia (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011).

Por fim, a análise da vergonha e das estratégias de *coping* com a vergonha, quando associadas, revelou apenas um efeito de mediação parcial na relação entre as experiências precoces e o comportamento agressivo. Esta trajetória mediacional complexa pode ser compreendida de acordo com uma abordagem desenvolvimental, apontando-se para níveis mais elevados de autoconsciência durante a adolescência, que se refletem numa maior sensibilidade a estados emocionais negativos, particularmente de vergonha, do que aos processos de regulação emocional (e.g. estratégias de *coping* com a vergonha) (Reimer, 1996; Thomaes et al., 2011). Os resultados mostraram ainda que a vergonha é um preditor transversal a todas as dimensões do comportamento agressivo, apresentando um efeito direto ou indireto através dos estilos de *coping*. Destaca-se ainda a magnitude do impacto da vergonha na hostilidade, que não é predita por nenhuma estratégia de *coping*. Múltiplos estudos têm indicado uma hipersensibilidade à vergonha e à

comparação social desfavorável em indivíduos agressivos (Farmer & Andrews, 2009; Greenwald & Harder, 1998; Mills, 2005; Shanahan et al., 2011), recorrendo estes, por isso, a um conjunto de estratégias de *coping* maladaptativas diretamente preditas pela vergonha, com o intuito de regular os sentimentos ameaçadores de vergonha (Elsion & Pulos, 2006a,b).

A análise do papel de cada uma das estratégias de *coping* com a vergonha nas diferentes dimensões do comportamento agressivo apontou o efeito preditivo do Ataque ao Outro e do Evitamento na Agressão Física, como esperado. A associação entre o Ataque ao Outro e a Agressão Física tem sido reportada por uma robusta sequência de estudos que sugerem que indivíduos agressivos são extremamente sensíveis a ameaças ao *ranking* social, surgindo o Ataque ao Outro como uma forma de alívio dos sentimentos dolorosos de vergonha e humilhação (Aslund et al., 2009; Greenwald & Harder, 1998; Gilbert, Price, & Allan, 1995; Gold et al., 2011; Kivisto et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002; Thomaes et al., 2011). Assim, na presença de uma ameaça social estes indivíduos tendem a adotar uma estratégia de ataque, infligindo dano físico ao outro, como forma de reduzirem a experiência de vergonha e retomarem uma posição de dominância. Por outro lado, os resultados mostram que níveis mais reduzidos de Agressão Física podem ser explicados pela adoção de um estilo de Evitamento. Estes resultados sugerem que quanto mais os adolescentes tentam distrair-se a si próprios e aos outros da mensagem de vergonha menos tendem a envolver-se em comportamentos que inflijam dano físico ao outro (Elison et al., 2006a,b; Gilbert, 2002; Gilbert & Miles, 2000; Nathanson, 1994). Assim, esta estratégia envolve um distanciamento da experiência de vergonha através da supressão emocional, pelo que está relacionada com a externalização de reduzidos níveis de sintomatologia psicopatológica e com a preservação de uma imagem positiva do *self* (Elison et al., 2006a,b).

No que concerne à Agressão Verbal, esta foi significativamente e moderadamente predita pelo Ataque ao Outro como hipotetizado, o que significa que adolescentes que experienciam elevados níveis de vergonha tendem a atacar verbalmente, injuriar ou confrontar o outro. Alguns estudos têm indicado que a agressão verbal constitui uma resposta de defesa face à percepção de um julgamento negativo por parte dos outros, resultando de uma

tentativa de restaurar uma posição de dominância através da inferiorização do outro (Aslund et al., 2009; Elison et al., 2014; Felsten & Hill, 1998; Kim et al., 2009; Mills, 2005; Roberto, Meyer, Boster, & Roberto, 2003). Em contraste, a estratégia de Fuga parece contribuir para uma diminuição da agressão verbal, atuando como um mecanismo inibidor (Elison et al., 2006a,b). Esta associação negativa pode ser compreendida pelo facto de que o abandono da situação de interação social, em que os adolescentes se avaliam como inferiores, conduz à internalização e aceitação da mensagem de vergonha, e subsequentemente à adoção de uma postura submissa, antagónica à agressão verbal (Elison et al., 2006a,b; Tangney & Dearing, 2002).

Por sua vez, a dimensão da Raiva é predita significativamente por ambos os polos de Ataque. Numa primeira abordagem, este resultado pode parecer paradoxal; no entanto, vários autores têm reportado o uso alternado destas estratégias (Elison et al., 2006a,b; Farmer & Andrews, 2009; Gilbert & Miles, 2000; Tangney & Dearing, 2002; Tedeschi & Felson, 1994). Assim, os indivíduos podem alternar entre o direcionamento da raiva para o *self* ou para o outro, em prol da avaliação que fazem do seu posicionamento na comparação social (Elison et al., 2014; Tangney et al., 1996). Neste sentido, um forte núcleo de evidência tem apontado a raiva como uma resposta comum face a ameaças à atratividade social, sendo um estado emocional frequentemente ativado pelos agressores para ocultar a vergonha (Elison et al., 2014; Farmer & Andrews, 2009; Gilbert & Miles, 2000; Lewis, 1971; Shanahan et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002; Thomaes et al., 2011). Para além disso, estados de raiva marcados por elevados níveis de disfuncionalidade e pela presença de um estilo interpessoal de dominância-hostilidade, designados de “*Humiliated fury*”, ativam uma resposta de ataque similar no outro, sendo os sentimentos de vergonha perpetuados (Lewis, 1971; Scheff & Retzinger, 2001; Thomaes et al., 2011). Assim, apesar de no Ataque ao Self existir uma internalização dos sentimentos de vergonha e a adoção de uma postura autocrítica e submissa, esta pode anteceder ou seguir-se à adoção de comportamentos externalizantes, como forma de o indivíduo reduzir estados de afeto negativos e lidar com a resposta de ataque ativada no outro (Elison et al., 2006a,b). De modo oposto, o Evitamento parece contribuir significativamente para uma redução dos níveis de raiva, sendo

que o não reconhecimento ou a rejeição da experiência de vergonha assegura a manutenção de uma posição favorável no *ranking* social, não tendo lugar a substituição da vergonha por uma emoção menos dolorosa como a raiva externalizada (Nathanson, 1994; Elison et al., 2006a,b; Thomaes et al., 2011).

Contrariamente ao esperado, a Hostilidade não foi significativamente predita por nenhuma das estratégias de *coping* com a vergonha. De acordo com as nossas previsões, era esperado que o Ataque ao Outro emergisse com um preditor relevante, dado que esta dimensão se associa à atribuição de intenções malévolas ao outro, a elevados níveis de suspeição, ou mesmo crenças paranoides, e a um intenso desejo de retaliação (Buss & Perry, 1992; Gilbert, 1997, 1998; Gilbert et al., 2005; Gilbert & Morris, 2001; Thomaes et al., 2011). Uma possível explicação para este resultado parece remeter mais uma vez para uma abordagem desenvolvimental. A Hostilidade, pela sua natureza, envolve níveis de processamento cognitivo mais complexo, os quais em adolescentes poderão ainda não estar completamente desenvolvidos (Reimer, 1996; Thomaes et al., 2011). Neste sentido, os adolescentes parecem ter dificuldade em identificar as estratégias de *coping* por si usadas, sendo-lhes mais fácil reportar os seus estados emocionais atuais (sentimentos de vergonha).

Como principal conclusão, os presentes resultados apontam para o uso de estratégias de *coping* maladaptativas por indivíduos agressivos, particularmente de natureza externalizante, principalmente para o Ataque ao Outro. No seguimento da literatura mais recente, este estudo veio confirmar que o comportamento agressivo não pode ser explicado unicamente com base na vergonha, tendo as estratégias de *coping* com a vergonha um papel-chave no seu desenvolvimento e manutenção.

Implicações Clínicas

O contributo da Terapia Focada na Compaixão – *A descoberta dos novos recursos do eu*

Embora o impacto do presente trabalho se remeta apenas para as dimensões de um estudo exploratório, as suas implicações clínicas devem ser cuidadosamente consideradas. As principais implicações deste estudo

ênfatisam o impacto das experiências precoces, dos elevados níveis de vergonha e das estratégias maladaptativas de *coping* com a vergonha na gênese e na manutenção do comportamento agressivo. Assim, tanto a vergonha como o *coping* com a vergonha devem ser encarados como componentes-chave na avaliação e intervenção psicoterapêuticas. Entre as suas potencialidades, destacamos a realização de formulações de caso mais depuradas e o desenvolvimento de novas abordagens de prevenção e intervenção psicoterapêutica em adolescentes com problemas de comportamento focadas na vergonha e nos estilos de *coping* preferencialmente usados.

A intensa preocupação acerca de um julgamento negativo e crítico por parte do outro pode ser considerada um marcador fundamental do comportamento agressivo, constituindo os elevados níveis de vergonha e a utilização de estratégias de *coping* disfuncionais obstáculos ao sucesso terapêutico (Gold et al., 2011). Para além disso, como a maioria destes indivíduos provêm de contextos precoces hostis e abusivos, profícuos ao desenvolvimento de experiências traumáticas (Pinto-Gouveia & Matos, 2011), sentem-se frequentemente assustados com sentimentos de calor, tranquilização e reafirmação (Gilbert & Procter, 2006). Por sua vez, a escassez de competências de compaixão e de tranquilização quer em relação ao *self* quer aos outros inibe o desenvolvimento de estilos de *coping* cooperativos (Behrendt & Ben-Ari, 2012; Cunha et al., 2013).

Os elevados níveis de resistência à intervenção terapêutica podem assim ser compreendidos com base no “*medo do bloqueio ou da compaixão*”, dado que ao longo da vida estes indivíduos construíram uma visão ameaçadora dos outros e do mundo, não conseguindo aceder facilmente a sentimentos de autotranquilização e autocompaixão (Gilbert, 2009; Gilbert & Miles, 2000; Rijo et al., 2014; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Neste sentido, em indivíduos com características agressivas e antissociais e elevados níveis de vergonha, propomos uma abordagem terapêutica baseada na Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2009) e no “*deshaming*” (Gilbert, 2007).

A Terapia Focada na Compaixão pode ser concetualizada como uma abordagem integrativa e transversal, com raízes na psicologia evolucionária, social, desenvolvimental, budista e das neurociências, construída a partir da

Terapia Cognitivo-Comportamental e da Terapia Dialéctico-Comportamental (Gilbert, 2009, 2010). Esta abordagem pretende desenvolver no indivíduo a consciência de como funciona a sua mente, mais do que promover uma mudança no autoconceito ou na atribuição de significado (Rijo et al., 2014). Neste sentido, pretende-se que o indivíduo seja capaz de aceitar a sua experiência interna, abandonando a tentativa constante de tentar modificá-la ou ocultá-la (Gilbert, 2009). Para além disso, uma relação terapêutica segura e de contenção, em que se promove o “desenvergonhar” e “despatologizar” através de uma atitude de validação empática, surge como fundamental para o progresso terapêutico (Rijo et al., 2014). A compaixão deve, neste sentido, ser entendida como uma competência que pode ser treinada e desenvolvida com base em atributos e competências compassivas, promovendo a descoberta de novos recursos do *eu* (Treino de Mente Compassiva) (Gilbert, 1998, 2005; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Rijo et al., 2014).

Investigações recentes no domínio das neurociências apontaram para a existência de três sistemas de regulação emocional no ser humano: o sistema de ameaça e proteção, o sistema de procura (*drive*) e de vitalidade e o sistema de *soothing*, contentamento e vinculação (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Nos indivíduos com elevados níveis de vergonha (e de autocríticismo) os sistemas de procura de recursos e recompensas (*drive*) e de proteção encontram-se ligados de forma complexa (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). A procura de segurança e aceitação social e o evitamento de sentimentos de rejeição, subordinação ou inferioridade são assegurados pelo sistema de *drive* e de procura de recursos (Gilbert, 2009). Quando o indivíduo falha na persecução de objetivos biosociais, o sistema de ameaça é ativado e o sistema de *soothing* e de vinculação inibido, estando esta cadeia complexa de processos na base da psicopatologia, nomeadamente das perturbações externalizantes (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Assim, a psicoterapia focada na compaixão tem como objetivo reestabelecer o equilíbrio entre estes sistemas através da regulação e redução da ameaça e do desenvolvimento de competências associadas ao sistema de afeto positivo e de *soothing*, no qual se inclui a autocompaixão (Rijo et al., 2014).

Neste sentido, no domínio do comportamento agressivo em adolescentes com problemas de comportamento, o foco deste estudo, como

metodologia de intervenção destacamos o Projeto PAIPA. Este programa constitui um modelo de intervenção psicoterapêutica inovador, que simboliza uma mudança paradigmática por integrar, para além das técnicas de Entrevista Motivacional, a abordagem da Terapia Focada na Compaixão. Adicionalmente, inclui a avaliação de diversos aspetos caracterizadores desta população, tais como os níveis de vergonha e estratégias de *coping* com a vergonha. Em termos de objetivos específicos, pretende a promoção de um estilo de comportamento e pensamento prossocial, a autorregulação emocional e comportamental, o ajustamento relacional e o desenvolvimento de uma mentalidade afiliativa por parte dos jovens com condutas delinquentes. Resultados preliminares deste programa mostraram que, após 12 sessões de psicoterapia, a maioria dos sujeitos apresentou uma diminuição clinicamente significativa no comportamento agressivo e antissocial, uma redução dos níveis de vergonha e do uso de estratégias de *coping* disfuncionais com a vergonha, assim como um aumento na capacidade de autotranquilização e compaixão pelo *eu* (Rijo, da Motta, Ribeiro da Silva, Brazão, & Paulo, 2013). Assim, embora o desenvolvimento deste programa ainda se encontre numa fase experimental, os nossos resultados vêm suportar a sua pertinência no âmbito da avaliação e intervenção em adolescentes com problemas de comportamento, surgindo este programa como um caminho terapêutico bastante viável.

O contínuo desenvolvimento de estudos que constituam matrizes teóricas e empíricas relevantes para a promoção e desenvolvimento de programas estruturados de prevenção e intervenção terapêutica em adolescentes antissociais deve ser impulsionado para uma melhor compreensão etiológica e desenvolvimental dos fenómenos externalizantes. Destaca-se também a pertinência de um maior investimento científico neste domínio no sentido da promoção da saúde mental e da redução de trajetórias de criminalidade e reincidência criminal.

Paralelamente à tentativa de desenvolvimento de um modelo mais integrativo do comportamento agressivo sob uma perspetiva evolucionária, este estudo permitiu uma reflexão detalhada sobre as perturbações externalizantes em populações adolescentes. Na etapa de recrutamento da amostra foram selecionados sujeitos de múltiplos contextos em que eram esperados níveis significativos de sintomatologia externalizante, tendo sido

avaliados com base em entrevistas clínicas estruturadas. Por conseguinte, as conclusões deste estudo devem ser consideradas no desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção em jovens com problemas de comportamento. Adicionalmente, parece-nos crucial que estes programas sejam formalmente generalizados a outros contextos, para além dos da Justiça Juvenil, em que os níveis de comportamentos antissociais também se revelam significativos e com um impacto generalizado, emergindo a necessidade de intervenção ao nível da saúde mental.

Novas direções para investigações futuras

O papel da Paranoia no comportamento agressivo e antissocial

Da realização deste estudo emergiu um aglomerado de conclusões pertinentes, que apesar de não poderem ser amplamente generalizadas dado a natureza exploratória deste estudo, fortalecem a compreensão do desenvolvimento e manutenção do comportamento agressivo. Um conjunto de limitações foi ainda considerado, devendo estas ser entendidas como pontos de partida para investigações futuras.

Neste sentido, propomos que seja mais detalhadamente explorado o impacto de outras variáveis evolucionárias no desenvolvimento e manutenção do comportamento agressivo, destacando-se a paranoia.

Como anteriormente referido, segundo a perspetiva evolucionária (Elison et al., 2014; Gilbert, 2002, 2007; Velotti et al., 2014), o comportamento agressivo opera como uma resposta defensiva a uma ameaça ao estatuto social. Assim, para além da agressão física e verbal, emoções como a raiva e a hostilidade são resultado de mecanismos de *coping* frequentemente ativados com o intuito de travar os sentimentos de vergonha e evitar uma posição de submissão (Farmer & Andrews, 2009; Gilbert & Miles, 2000; Shanahan et al., 2011).

Indivíduos agressivos revelam hipersensibilidade à vergonha, a uma comparação social desfavorável e à insegurança, o que se traduz numa visão negativa do *self* e dos outros, e no maior uso de estratégias externalizantes a fim de ser preservada uma posição de dominância (Aslund et al., 2009; Gilbert et al., 1995). A hostilidade tem sido consistentemente associada à atribuição de intenções malévolas aos outros, a intensos sentimentos de

desconfiança ou mesmo crenças paranoides e ao subsequente desejo de retaliação (Buss & Perry, 1992; Combs, 2007; Gilbert & Miles, 2000; Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2009; Morrison & Gilbert, 2001; Podubinski, Daffern, & Lee, 2012; Ramirez & Andreu, 2006; Thomaes et al., 2011).

Neste seguimento, a paranoia, relacionada com um estilo interpessoal de hostilidade, tem sido definida como um sistema de defesa face à percepção de ameaças sociais, tendo como função a proteção do indivíduo em dinâmicas de atratividade/ competição social (Gilbert, 1998; Gilbert et al., 2005; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012; Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, & Xavier, 2013). Estudos recentes têm explorado a relação entre a paranoia e a vergonha, sugerindo que a paranoia constitui um mecanismo atenuador dos sentimentos intensos de vergonha (Johnson et al., 2014; Matos, Pinto-Gouveia & Gilbert, 2012; Tangney & Dearing). Outros estudos indicaram ainda que a vergonha pode atuar como um mediador na relação entre experiências adversas e a paranoia em populações clínicas (Matos et al., 2012; Johnson et al., 2014). Para além disso, Gilbert e colaboradores (2005) apontam que indivíduos com elevados níveis de paranoia possuem uma visão do *self* como inferior, pouco atrativo e fraco e uma visão dos outros como dominantes e ameaçadores. Por este motivo, tendem a adotar um comportamento submisso como forma de proteger o *self* das intenções malévolas dos outros, ao passo que indivíduos com elevados níveis de vergonha tendem a competir por uma posição favorável no *ranking* social (Gilbert, 1998; Gilbert et al., 2005).

Assim, tendo o presente estudo destacado o papel de experiências precoces de envergonhamento, da vergonha e do *coping* com a vergonha nas várias dimensões do comportamento agressivo, e considerando a tendência destes indivíduos para percecionarem os outros como ameaçadores, ativando crenças de desconfiança/suspeição, seria pertinente o enfoque na influência da paranoia.

Bibliografia Geral

- Ahmed, E., & Braithwaite, V. (2004). What, me ashamed? Shame management and school bullying. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 41, 269–294.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of the mental disorders* (DSM-V), (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aslund, C., Starrin, B., Leppert, J., & Nilsson, K. W. (2009). Social Status and Shaming Experiences Related to Adolescent Overt Aggression at School. *Aggressive Behaviour*, 35, 1-13.
- Behrendt, H., & Ben-Ari, R. (2012). The positive side of negative emotion: The role of guilt and shame in coping with interpersonal conflict. *Journal of Conflict Resolution*, 56(6), 1116–1138.
- Bennett, D., Sullivan, M., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment*, 10(4), 311-323. doi:10.1177/1077559505278619.
- Berntsen, D., & Rubin, D. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219–231. doi: 10.1016/j.brat.2005.01.009.
- Bettencourt, A., Farrell, A., Liu, W., Sullivan, T. (2013). Stability and change in patterns of peer victimization and aggression during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4):429-41. doi: 10.1080/15374416.2012.738455.
- Brazão, N., da Motta, C., & Rijo, D. (2013). From multimodal programs to a new cognitive–interpersonal approach in the rehabilitation of offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 636–643.
- Brazão, N., da Motta, C., Rijo, D., Salvador, M., Pinto-Gouveia, J. & Ramos, J. (2014). Clinical change in anger, shame and paranoia after a structured cognitive-behavioral group program: Early findings from a randomized trial with male prison inmates. (*Manuscript submitted for publication in an international scientific journal with peer review*).
- Brown, Z., Linehan, M., Comtois, A., Murray, A., & Chapman, L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline

- personality disorder: A multi-modal analysis. *Behavior Research and Therapy*, 47(10), 815-22.
- Brown, A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Buss, H., & Perry, P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Caldas, G. (2013). “Shame on you” or “shame on me”? - *O coping com a vergonha em adolescentes com perturbação de conduta, com fobia social e sem psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo.
- Campbell, S., & Ellison, J. (2005). Shame Coping Styles and Psychopathic Personality Traits. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 96-104. doi: 10.1207/s15327752jpa8401_16.
- Coolbaugh, K., & Hansel, J. (2000). *The comprehensive strategy: Lessons learned from the pilot sites*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Cunha, M., Xavier, A., Martinho, M. I., & Matos, M. (2013). Measuring positive emotional memories in adolescents: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Early Memories of Warmth and Safeness Scale. Manuscript submitted for publication history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 480–488.
- Depue, A., & Morrone-Strupinsky, V. (2005). A Neurobehavioral Model of Affiliative Bonding: Implications for Conceptualizing a Human Trait of Affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28 (3), 313-350.
- Eisenberger, N. I. (2011). Why rejection hurts: What social neuroscience has revealed about the brain's response to social rejection. In J. Decety, & J. Cacioppo (Eds.), *The handbook of social neuroscience* (pp. 586–598). New York, NY: Oxford University Press.
- Elison, J., Garofalo, C., Velotti (2014). Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggression and Violent Behavior*, 818.

- Elison, J., Lennon, R., & Pulos, S. (2006a). Investigating the compass of shame scale: The development of Compass of shame scale. *Social behavior and personality*, 34, 221-238.
- Elison, J., Pulos, S., & Lennon, R. (2006b). Shame-Focused Coping: An Empirical Study Of The Compass Of Shame. *Social Behavior and Personality*, 34 (2), 161-168.
- Farmer, E. & Andrews, B. (2009). Shameless yet angry: shame and its relationship to anger in male young offenders and undergraduate controls. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20 (1), 48-65.
- Felsten, G. & Hill, V. (1998). Aggression Questionnaire hostility scale predicts anger in response to mistreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 87-97.
- Fergus, T A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame-and guilt-proneness: relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (8), 811-815.
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, 183,190–192.
- Fonseca, L., da Motta, C., Ribeiro da Silva, D., Brazão, N., & Rijo, D. (2013). *A bússola da vergonha: dimensionalidade e características psicométricas da escala de coping com a vergonha em adolescentes*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gilbert, P. & Miles, J. N. (2000) Sensitive to social put-down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113–147.

- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp.3–36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal social conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2002). Understanding the biopsychosocial approach: 1. Conceptualisation. *Clinical Psychology*, 14, 13-17.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205–1230.
- Gilbert, P. (2005). Social Mentalities. A Biopsychosocial and Evolutionary Approach to Social Relationships. In Baldwin, M, W. (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In N. P. Gilbert, & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 106-142). Hove: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric treatment*, 1, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). Shame. In P. Gilbert (Eds), *Compassion Focused Therapy* (pp.83-92).London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassion mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gilbert, P., Allan, S., & Goss, K. (1996). Parental Representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychotherapy*, 3(1), 23-34.
- Gilbert, P., Baldwin, W., Irons, C., Baccus, R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 183-200.

- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124–133. doi: 10.1002/cpp.438
- Gilbert, P., Price, J. S., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related?. *New Ideas in Psychology*, 13, 149–165.
- Gold, J., Sullivan, M., & Lewis, M. (2011). The relation between abuse and violent delinquency: the conversion of shame to blame in juvenile offenders. *Child Abuse, & Neglect*, 35, 459-467. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.007.
- Goss, K. & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychological and Psychotherapy*, 16(4), 303-16. doi:10.1002/cpp.627.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I. The “Other as Shamer Scale”. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U. & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 12-19.
- Greenwald, D. F., & Harder, D. W. (1998). Domains of shame: Evolutionary, cultural, and psychotherapeutic aspects. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 225-245). New York: Oxford University Press.
- Gross, C.A., Hansen, N.E. (2000). Clarifying the experience of shame: the role of attachment style, gender, and investment in relatedness. *Personality and Individual Differences*, 28, 897-907. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00148-8.
- Hair, F., Black, C., Babin, J., & Anderson, E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harmer, R. & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17 (1), 13-24. Doi:10-1002/cpp.636.

- Harper, F., & Arias, I. (2004). The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *Journal of Family Violence*, 19, 367- 375.
- Heaven, L., Ciarrochi, J., & Leeson, P. (2009). The longitudinal links between shame and increasing hostility during adolescence. *Personality and individual differences*, 47. 841-844.
- Hejdenberg, J. & Andrews, B. (2011). The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Personality and Individual Differences*, 50, 1278-1282.
- Hoglund, C. L., and Nicholas, K. B. (1995). Shame, guilt, and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence*, 10: 141–157.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28, 325–341.
- Johnson, J., Jones, C., Lin, A., Wood, S., Heinze, K., & Jackson, C. (2014). Shame amplifies the association between stressful life events and paranoia amongst young adults using mental health services: Implications for understanding risk and psychological resilience. *Psychiatric Research*.
- Karli, P. C.R. (2006). The neurobiology of aggressive behavior. *Comptes Rendus Biologies*, 329, 460-464.
- Kelley, B. T., Thornberry, T. P., & Smith, C. A. (1997). *In the wake of childhood maltreatment*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Kemp, R. A. T., Overbeek, G., Wied, M., Engels, R. C. M. E., & Scholte, R. H. J. (2007). Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 168, 5–18.
- Kim, J., Talbot, N., & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: the role of shame. *Child Abuse and Neglect*, 33, 362-371. doi:10.1016/j.chiabu.2008.10.003.

- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68–96.
- Kivisto, A. J., Kivisto, K. L., Moore, T. M., Rhatigan, D. L. (2011) Antisociality and Intimate Partner Violence: The facilitating role of shame. *Violence and Victims*, 26 (6).
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Leary, M., Twenge, J., & Quinlivan, E. (2006). Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 111–132.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). *Shame: the exposed self*. New York: The Free Press.
- MacDonald, G., & Leary, R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299–312.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2013). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 149–165. doi:10.1002/cpp.786.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2012). Above and beyond emotional valence: The unique contribution of the central and traumatic shame memories to psychopathology vulnerability. *Memory*, 20, 461–477. doi:10.1080/09658211.2012.680962
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2012). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1766.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, P. (2010). A centralidade das experiências de vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Centralidade do Acontecimento (CES). *Psicologia*, XXIV(1), 73–95.

- McCord, J. (1991) Family Relationships, Juvenile Delinquency, and Adult Criminality. *Criminology*, 29, 3, 397-417.
- Miller, R. & Mason, S. E. (2005). Shame and guilt in first-episode schizophrenia and schizoaffective disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(2), 211-221.
- Mills, R. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25, 26-63.
- Morrison, D., & Gilbert, P. (2001). Social rank, shame, and anger in primary and secondary psychopaths. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(2), 330–356.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride*. New York: Norton.
- Nathanson, D.L. (1994). *Shame and pride: Affect, sex, and the bird of the self*. New York: Norton.
- Nicholas, K. B. & Bieber, S. L. (1996). Parental abusive versus supportive behaviors and their relation to hostility and aggression in young adults. *Child Abuse and Neglect*, 20, 1195-1211.
- Ogilvie, C. A., Newman, E., Todd, L., Peck, D. (2014). Attachment & Violent offending: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 322-339.
- Olthof, T. (2012). Anticipated feelings of guilt and shame as predictors of early adolescent's antisocial and prosocial interpersonal behavior. *European Journal of Development Psychology*, 9 (3), 371-388, doi: 10.1080/17405629.2012.680300
- Paulo, M. (2013). *Experiências precoces de vergonha, coping com a vergonha e traços psicopáticos em adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sub-área de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde sob a orientação de Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo.
- Pilati, R. & Laros, A. (2007). Modelos de Equações Estruturais em Psicologia: Conceitos e Aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (2), 205-216.
- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2011). Can Shame Memories Become a Key to Identity? The Centrality of Shame Memories Predicts

- Psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281-290. doi: 10.1002/acp.1689.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M., & Xavier, A. (2013). Centrality of Shame Memories and Psychopathology: The mediator Effect of Self-Criticism. *Clinical Psychology Science and Practice*, 20 (3), 323-334.
- Podubinski, T., Daffern, M., & Lee, S. (2012). A prospective examination of the stability of hostile-dominance and its relationship to paranoia over a one-year follow-up. *Personality and Individual Differences*, 52, 586-590.
- Ramírez, J. M., & Andreu, J.M. (2006). Aggression and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 30, 276-291.
- Reimer, M. S. (1996). "Sinking into the ground": The development and consequences of shame in adolescence". *Developmental review*, 16, 321-363.
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171-184. doi: 10.1348/147608308X395213
- Rijo, D., da Motta, C., Ribeiro da Silva, D., Brazão, N., Paulo, M., & Gilbert, P. (2014). Terapia focada na compaixão. In W. Vieira (Ed.), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*, Sinopsys, Porto Alegre.
- Rijo, D., da Motta, C., Ribeiro da Silva, D., Brazão, N., Paulo, M. (2013, Novembro). *Modelo de intervenção desenvolvido no âmbito do Projecto PAIPA: Modelo conceptual, desenho da intervenção e resultados*. Comunicação apresentada no Seminário Justiça Juvenil e Saúde Mental, Lisboa, Portugal.
- Roberto, J., Meyer, G., Boster, J., Roberto, L. (2003). Adolescents' Decisions About Verbal and Physical Aggression. *Human Communication Research*, 29(1), 135-147.
- Robinaugh, D. & McNally, J. (2010). Autobiographical memory for shame and guilt provoking events: Association with psychological symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 48, 646-652.

- Robinson, R., Roberts, L., Strayer, J., & Koopman, R. (2007). Empathy and emotional responsiveness in delinquent and non-delinquent adolescents. *Social Development, 16*, 555–579.
- Savage, J. (2014). The association between attachment, parental bonds and physically aggressive and violent behavior: A comprehensive review. *Aggression and Violent Behavior, 19*: 164-178.
- Scheff, J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. In H. B. Lewis (Ed.). *The role of shame in symptom formation* (pp. 109-149). England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scheff, J., & Retzinger, M. (1991). *Emotions and violence: Shame and rage in destructive conflicts*. Lexington, D.C. Heath and Company.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(2), 433–446.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201–269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. and King, J. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review, *The Journal of Educational Research, 99*, 6, 2006, pp. 323-337
- Shanahan, S., Jones, J., & Thomas-Peter, B. (2011). Are you looking at me, or am I? Anger, Aggression, shame and self-worth in violent individuals. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior, 29*, 77-91.
- Stuewig, J. & Tangney, J. P. (2007). Shame and guilt in antisocial and risky behaviors. In J. L. Tracy, R. W. Robin, & J. P. Tangney (Eds), *The self-conscious emotions: Theory and Research* (pp.371-388). New York: Guilford Press.
- Stuewig, J., & McCloskey, L. (2005). The Relation of Child Maltreatment to Shame and Guilt Among Adolescents: Psychological Routes to Depression and Delinquency. *Child Maltreatment, 10*, 324-336.
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Heigel, C., Harty, L., McCloskey, L. (2010). Shaming, blaming, and maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame, and aggression. *Journal of Research in Personality, 44*, 91-102.

- Tangney, J. P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Fletcher, C., & Gramzow, R. (2001). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. In W. G. Parrott (Ed.), *Emotions in social psychology: Essential readings* (pp. 285–294). Philadelphia: Psychology Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality & Social Psychology*, 70(4), 797–809.
- Tangney, J.P., Stuewig, J., Mashek, D., & Hastings, M. (2011). Feeling bad about the behavior or the self? Assessing jail inmates' proneness to shame and guilt. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 710–734.
- Tedeschi, J.T & Felson, R.B. 1994. *Violence, Aggression, & Coercive Actions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thomaes, S., Bushman, B. J., Stegge, H., & Olthof, T. (2008). Trumping shame by blasts of noise: Narcissism, self-esteem, shame, and aggression in young adolescents. *Child Development*, 79, 1792–1801.
- Thomaes, S., Stegge, H., Olthof, T., Bushman, B. J., & Nezlek, J. B. (2011). Turning shame inside-out: “Humiliated fury” in young adolescents. *Emotion*, 11, 786-793.
- Thompson, R., & Berenbaum, H. (2006). Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 415–425. Springer.
- Tracy, L., & Robins, W.(2007). The nature of pride. In J. L.Tracy,R.W.Robins, &J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 263–282). New York: Guilford Press.
- Velotti, P., Elison, J., & Garofalo (2014). Shame and aggression: Different trajectories and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 813.
- Vieira, A., & Soeiro, C. (2002). Agressividade e Psicopatia. *Temas Penitenciários*, 25-35.