



UC/FPCE_2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Validação da Escala da Compaixão em adolescentes
com Perturbações do Comportamento**

Rúben José Abrantes de Sousa (e-mail:
rubenabrantessousa@gmail.com)

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

Validação da Escala da Compaixão em adolescentes com Perturbações do Comportamento

Resumo

A compaixão tem sido associada a baixos níveis de psicopatologia e é entendida como a capacidade de estar aberto e disponível ao sofrimento (do *self* e do outro), mantendo uma atitude de aceitação e de bondade, de tolerância e de não julgamento e atuando com o objetivo de aliviar esse sofrimento. Apesar da relevância da compaixão no estudo da psicopatologia e na compreensão de estruturas evolucionárias em comportamentos de ataque ao outro, a compaixão nunca tinha sido estudada em adolescentes com Perturbações do Comportamento. A Escala da Compaixão (EC), desenvolvida por Pommier (2010) com base no modelo conceptual da auto-compaixão (Neff, 2003), é uma medida da compaixão pelos outros. O presente estudo propôs-se a validar e a estudar as propriedades psicométricas da EC numa amostra de 120 adolescentes portugueses (masculinos e femininos), com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos e com diagnóstico de Perturbação de Comportamento e/ou Perturbação de Oposição (realizados através de uma entrevista clínica estruturada). Testou-se a estrutura fatorial da EC com recurso a Análise Fatorial Confirmatória. Os resultados suportam um modelo de seis fatores principais para a Escala da Compaixão nesta população clínica (*Bondade; Humanidade Comum; Mindfulness; Indiferença; Desligado; Não Envolvimento*), contemplados no modelo conceptual da Escala da Auto-Compaixão (Neff, 2003) e na EC original (Pommier, 2010). No estudo da validade de constructo, os resultados sugerem associações da compaixão com a tranquilização do *self* e com sentimentos de ligação e proximidade aos outros. Deste modo, a EC parece ser uma medida de autorrelato válida e fidedigna nesta população clínica, ficando disponível uma medida que permite estudar este constructo em populações adolescentes, nomeadamente em adolescentes com Perturbações do Comportamento.

Palavras-chave: Escala da Compaixão; Análise Fatorial Confirmatória; Propriedades psicométricas; Adolescentes; Perturbações do Comportamento.

Validation study of the Compassion Scale in adolescents with Disruptive Disorders

Abstract

Compassion has been associated with low levels of psychopathology and it's conceptualized has the capacity of being open and available to suffering (of the self and the others), keeping an attitude of acceptance and kindness, tolerance and non judgment and taking actions to relieve that suffering. Although the relevance of studying compassion in psychopathology and in evolutionary structures underlying attack behaviours towards others, compassion had never been studied in adolescents with Disruptive Disorders. Compassion Scale, developed by Pommier (2010), based in the conceptual model of self-compassion (Neff, 2003), is a measure of compassion for others. The present study was conducted with the goal of validating and study the psicometric properties of the Compassion Scale (CS) in a sample of 120 portuguese adolescents (both male and female), with ages ranging from 14 to 18 years old and with the clinical diagnose of Disruptive Disorders (made with clinical structured interview). The factorial structure of the CS was tested using a Confirmatory Factor Analisis. Results support the six-factor model to the Compassion Scale in this clinical sample (Kindness; Comum Humanity; Mindfulness; Indifference; Separation; Disengagement), contemplated both in the conceptual model of the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) and in the original CS (Pommier, 2010). In the study of the construct validity, results suggest associations between compassion and self reassurance, as well as with feelings of social safeness. The CS seems to be a valid and reliable self report measure in this clinical population. Thus, a relevant measure is now available, that allows the study of this construct in adolescent populations, namely in adolescents with Disruptive Disorders.

Key-Words: Compassion Scale; Confirmatory Factor Analisis; Psicometric Properties; Adolescents; Disruptive Disorders.

Agradecimentos

Seria inenunciável agradecer, num espaço tão reduzido, a todos os que tornaram este ano o melhor dos últimos vinte e três. Resta portanto, agradecer aos grandes motores impulsionadores desta incrível jornada:

Ao Professor Doutor Daniel Rijo, pelo modelo de precisão profissional e capacidades humanas que espero um dia atingir. Pela exigência requerida, necessária para a iniciação num mundo com tantas áreas por explorar;

Ao Doutor Nélio Brazão, um agradecimento especial. Pelo ombro amigo, altruísta e compassivo. Pela personificação de um sentimento de realidade nestas conquistas, outrora inalcançáveis;

À Doutora Paula Vagos pelo carinho, disponibilidade e transparência nas suas explicações;

À Doutora Diana Ribeiro da Silva pela sua compaixão em momentos de dificuldade;

Aos meus colegas de investigação, pelas excelentes conversas, sempre adequadas aos momentos de cada um;

A todas as instituições e respetivos representantes legais, por tornarem este estudo real;

À minha mãe, ao meu pai e irmão. Base do material em que me construo, com liberdade para ser eu próprio;

Aos amigos de Coimbra.

Por fim, a base de um novo olhar sobre o mundo, aos “jovens”, por quem espero ser melhor do que fui no dia de ontem.

Índice	
I – Enquadramento conceptual	1
II - Objetivos	8
III - Metodologia	9
Amostra	9
Medidas	10
Procedimentos	14
Estratégia analítica	15
IV - Resultados	17
Análise preliminar dos dados	17
Análise Fatorial Confirmatória da Escala da Compaixão	17
Estudo das propriedades psicométricas da Escala da Compaixão....	19
Validade de Constructo em relação a variáveis externas	22
V - Discussão	23
VI - Conclusões	29
Bibliografia	29
Anexos	38

I – Enquadramento conceptual

Nos últimos anos, a compaixão tem-se revelado um constructo de grande interesse para a ciência psicológica, pelo que se verifica uma necessidade crescente no seu estudo e na construção de instrumentos próprios para a avaliação do constructo (Gilbert & Choden, 2013; Mikulincer & Shaver, 2005). Sendo considerada uma ferramenta psicológica positiva para a psicoterapia (Gilbert, 2005), investigação diversa demonstra a relevância do seu estudo e da sua aplicação em áreas como a saúde mental e a educação (Cunha, Xavier & Castilho, 2015), bem como no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente a Terapia Focada na Compaixão (TFC) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a; MacBeth & Gumley, 2012).

Podemos conceptualizar a compaixão como sendo uma inter-relação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que permitem compreender o sofrimento (do *self* e do outro) numa atitude de não julgamento e atuar com o objetivo de o aliviar ou prevenir (Gilbert, 2005). Nesta definição, é englobada a *bondade* (capacidade de ser amável e compreensivo ao sofrimento do *self* e do outro ao contrário de se ser crítico e indiferente), a *humanidade comum* (As experiências do *self* fazem parte de uma experiência humana partilhada e não são vistas, exclusivamente, como uma experiência própria, isolada e separada dos outros. As falhas, o sofrimento e as incapacidades do *self* fazem parte da condição humana. Desta forma, é possível que os indivíduos se relacionem e compreendam através do reconhecimento de que o sofrimento do outro poderia ser o sofrimento do *self*) e o *mindfulness* (capacidade de adotar uma consciência equilibrada em relação ao sofrimento, pensamentos e emoções negativas do *self* e do outro) (Neff, 2003; Pommier, 2010). A compaixão envolve ainda dimensões como o cuidado, o calor, a tolerância e a aceitação (Gilbert, 2009, 2010b). Em termos da sua direção e curso, Gilbert (2014) e Neff (2003), indicam que podemos

ser compassivos com o *self* (auto-compaixão), estar recetivos à compaixão dos outros para com o *self* e ser compassivos com os outros. Esta motivação para prestar cuidados aos outros e ajudar na resolução dos seus problemas (Warneken & Tomasello, 2009), a par da capacidade de monitorizar as relações com os outros, tendo em conta as suas necessidades, são desenvolvidas precocemente, ainda na infância (Gilbert, 2014).

Elevados níveis de compaixão têm sido associados a níveis baixos de psicopatologia (MacBeth & Gumley, 2012), nomeadamente à redução da depressão e ansiedade (Gilbert, 2010a), bem como ao desenvolvimento de bem-estar psicológico e felicidade (Gilbert, 2010a; Mongrain, Chin, & Shapira, 2011). Através do desenvolvimento da compaixão, é possível reduzir a vergonha, o auto-criticismo, a depressão, a ansiedade e o stress (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011). Enquanto estratégia de regulação emocional positiva, a compaixão, nomeadamente a auto-compaixão, é importante para a resiliência psicológica e satisfação com a vida (Neff, 2003) e parece ser protetora contra emoções negativas como o medo, a raiva, a inveja e a vingança (Goleman, 2003). Investigação diversa demonstra ainda que o treino da mente compassiva está ligado a um incremento de sentimentos de bondade, amabilidade e de calor emocional (Fehr, Sprecher, & Underwood, 2009) e que exerce um efeito amortecedor no desenvolvimento da psicopatologia (Brown & Ryan, 2003; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a).

O cérebro é fruto de um longo processo de evolução. Como tal, é sensível a sinais relacionais e interpessoais desde os primeiros anos de vida (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011b). Terá sido a vantagem evolutiva de ser capaz de cuidar dos outros (descendência, parentes, indivíduos e grupos aliados) que terá permitido o desenvolvimento dos processos cerebrais responsáveis pela compaixão (Gilbert, 2015). Esta tem sido associada, por um lado, à redução do afeto negativo e,

por outro, ao incremento do afeto positivo (Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011), aumentando os sentimentos de proximidade e de apoio social (Crocker & Canavello, 2008). O treino e as práticas compassivas predizem uma maior ligação interpessoal, (Crocker et al, 2010; Crocker & Canavello, 2008), aumentam a capacidade de *mindfulness* (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008) e potenciam a afiliação e a bondade para com o outro (Gilbert et al., 2011). Existem evidências de que as emoções afiliativas desenvolvem as capacidades de regulação da emoção e dispõem o indivíduo para comportamentos pró-sociais (Gilbert, 2010b). Deste modo, a compaixão faz parte da mentalidade de prestação de cuidados, fundamental para a capacidade de ajudar os outros (Mikulincer & Shaver, 2005). Ou seja, o desenvolvimento de uma mente compassiva e o reconhecimento metacognitivo das experiências interativas entre o *self* e os outros aumenta os comportamentos de prestação de cuidados e o sentimento de ligação aos outros (Allen & Knight, 2005; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a). Diminui ainda sentimentos de isolamento (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a) e alivia a sensação de sofrimento do indivíduo (Allen & Knight, 2005).

A tranquilização do *self* ativa regiões corticais semelhantes às que são ativadas quando a compaixão e a empatia são expressas em direção aos outros (Longe, Maratos, Gilbert, Evans, & Volker, 2010). Com esta prática, os indivíduos tornam-se mais sensíveis a detetar e a responder ao stress dos outros (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008). Deste modo, a compaixão encontra-se associada ao sistema de *soothing*, promovendo sentimentos de aceitação, de tranquilização e de cuidados com o *self* e com os outros (Gilbert, 2010a). É este sistema afiliativo que regula os sentimentos de ameaça e de isolamento (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009; Mikulincer & Shaver, 2007), permitindo aos indivíduos que sejam mais seguros e consequentemente mais sensíveis aos estados emocionais e necessidades deles próprios e dos outros (Gilbert et al.,

2011). Assim, são capazes de empatizar e de prestar cuidados sem se sentirem sobrecarregados pelo seu próprio stress ou pelo stress dos outros (Gilbert et al., 2011).

Pelo contrário, a hiper-ativação do sistema de ameaça-defesa ao longo da vida, dificulta o desenvolvimento de emoções afiliativas e de capacidades de autorregulação com base no sistema de *soothing* (Gilbert, 2014). Por outras palavras, não só o sujeito não desenvolve capacidades de auto-tranquilização como também as estratégias afiliativas/compassivas com os outros se encontram sub-desenvolvidas (Gilbert, 2010b). Quando, durante o desenvolvimento, são experienciadas situações e memórias emocionais traumáticas, ativadoras do sistema de ameaça-defesa, o indivíduo foca-se excessivamente em ameaças ou na obtenção de recursos, podendo comprometer a correta maturação do sistema de *soothing* (Gilbert, 2009, 2010b). Deste modo, os comportamentos de prestação de cuidados para com o *self* e para com os outros ficam diminuídos (Gilbert et al., 2008).

Experiências precoces disfuncionais, pautadas pelo abuso (físico, emocional e /ou psicológico) e pela negligência por parte de cuidadores significativos, têm sido indicados como um dos principais fatores de risco para o Comportamento Antissocial (CAS) (Andrews & Bonta, 2010; Buss, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007). São necessárias relações de qualidade, em que calor e afeto estão presentes, para que o sentimento de segurança no indivíduo se desenvolva corretamente (Gilbert, 2009, 2010b), permitindo, não só, a construção de memórias securizantes que são recordadas em situações de stress, mas também o desenvolvimento de um mecanismo de auto-tranquilização com base no calor e no afeto positivo (Porges, 2007).

A par da experiência de eventos hostis e ameaçadores (situações em que o indivíduo é humilhado ou criticado por figuras de vinculação ou pares significativos), desenvolve-se uma mente autocrítica (Gilbert, 2010b), frequentemente associada à vergonha e a

sentimentos de perseguição (Castilho, 2011). Quando se percebem na mente dos outros como pouco passíveis de serem amados e/ou como vulneráveis à rejeição, os indivíduos adotam uma visão do mundo como ameaçador, hostil e inseguro, podendo desenvolver sentimentos de vergonha (Gilbert, 2010b). Em resposta a estas crenças negativas, o indivíduo pode recorrer a estratégias de defesa externalizantes, adotando um comportamento dominante, agressivo, de ataque ao outro (Gilbert, 2010b), não reconhecendo a experiência de vergonha como sendo sua e culpabilizando os outros por essa mesma vergonha (atribuição externa) (Bentall & Kaney, 1996; Nathanson, 1994). Comportamentos de dominância e de ameaça ao outro podem ser conceptualizados como uma estratégia de *coping* com a vergonha, uma vez que a experiência da mesma representa uma ameaça à posição no ranking social do indivíduo (Gilbert, 1997, 2002).

De acordo com os modelos evolucionários, as experiências tóxicas, do tipo das acima descritas, conduzem a uma sobreativação do sistema de ameaça-defesa, em que os indivíduos desenvolvem modelos dos outros como inconsistentes, indisponíveis e ameaçadores (Gilbert, 2005; Gilbert, 2010b; Gilbert & Gerlsma, 1999). Deste modo, adotam comportamentos agressivos e/ou antissociais, sintomatologia ansiosa, raiva, vergonha e pensamentos disfuncionais (Cohen, 2001; Crocker & Canevello, 2008; Gilbert, 2010a), o que pode explicar, pelo menos parcialmente, os comportamentos de ataque ao outro.

Este sistema evoluiu, através da seleção natural, no sentido de detetar e responder de uma forma rápida a diferentes tipos de ameaças, através da ativação emocional (nojo, raiva, medo ou ansiedade) e de respostas comportamentais (luta, fuga, submissão ou imobilização) (Gilbert, 2009, 2010b). Tem como objetivo proteger o indivíduo de um perigo, seja este real ou imaginado (Gilbert, 2010b). A investigação aponta ainda para uma visão do comportamento antissocial como uma estratégia adaptativa em ambientes

psicossociais hostis e não, exclusivamente, como uma psicopatologia específica (Del Giudice, 2014; Ribeiro da Silva, 2015). Estas estratégias podem ser benéficas em contextos particularmente hostis e abusivos (Ellis, Del Giudice, & Shirtcliff, 2013).

A compaixão revela-se como um constructo de interesse psicológico para o *self* e do mesmo na relação com os outros. Deste modo, tornou-se necessário e pertinente desenvolver uma medida da compaixão pelos outros, de forma a compreender o impacto deste constructo no bem-estar psicológico dos indivíduos (Vieira, 2013). Pommier (2010) construiu a Escala da Compaixão (EC), validada numa amostra de 510 adultos. Utilizando uma Análise Fatorial Confirmatória, reproduziu a estrutura fatorial da Escala da Auto-compaixão de Neff (2003), confirmando a existência de seis subfactores (*Bondade; Humanidade Comum; Mindfulness; Indiferença; Desligado e Não Envolvimento*) e de um fator principal medido pela Escala da Compaixão (Pommier, 2010). Foram encontrados bons índices de ajustamento para um modelo de segunda ordem (RMSEA = .06; SRMR = .06; NNFI = .95; CFI = .96) em que os seis fatores (acima referidos) convergem no fator principal, *Compaixão*. A escala revelou boas propriedades psicométricas, apresentando um *alfa* de *Cronbach* de .87 para a escala total. Já as subescalas apresentaram alfas que variaram de .68 (*Desligado*) a .83 (*Bondade*). Pommier (2010) estudou ainda a validade convergente e divergente da Escala da Compaixão. Para a primeira, a EC encontrou-se associada significativamente com constructos relacionados (amor compassivo, sabedoria, empatia e ligação social). Para o estudo da validade divergente, a EC foi comparada com a Escala de Amor Compassivo, revelando correlações moderadas mas não a um ponto de redundância.

Para a população Portuguesa, a EC foi validada numa amostra de 610 adultos e revelou a mesma estrutura fatorial da escala original.

Foi obtido um valor de consistência interna de .92 para o total da Escala da Compaixão e os valores do alfa de *Cronbach* para as suas subescalas variaram de .79 (*Bondade; Indiferença; Desligado*) a .74 (*Mindfulness*). O modelo de medida de segunda ordem (fator principal e seis subfactores) apresentou bons índices de ajustamento ($\chi^2/df = 2.839$; TLI = .926; CFI = .935; RMSEA = .055; AIC = 802.245; ECVI = 1.317) (Vieira, 2013). Para a consistência temporal, a Escala da Compaixão apresentou uma consistência interna de .91 e uma correlação de *Pearson* entre o teste e o reteste (para um período de quatro semanas) de $r = .63$ ($p = .000$). A versão portuguesa da EC parece ser uma medida de autorrelato fidedigna, robusta e válida para avaliar a compaixão pelos outros (Vieira, 2013).

Do nosso conhecimento, a EC apresenta-se como a única escala que avalia a compaixão pelos outros. No entanto, é lacunar a existência de investigações com esta medida em adolescentes, nomeadamente em adolescentes com Perturbações do Comportamento. A compaixão revela-se como um constructo de interesse nesta população clínica, não só pela falta de estudos que abordem esta temática no comportamento antissocial, mas também na análise da forma como estes adolescentes se comportam em relação aos outros. Espera-se que com o recurso a este instrumento seja possível clarificar o papel da compaixão na capacidade destes adolescentes reconhecerem e processarem as necessidades dos outros, bem como o papel deste constructo no padrão de relações sociais que estabelecem.

Este estudo procura colmatar esta lacuna através da validação da Escala da Compaixão em adolescentes com Perturbação do Comportamento e/ou Perturbação de Oposição. Pretende-se obter uma medida fiável do constructo na população clínica alvo, possibilitando o estudo de possíveis associações com variáveis como a vergonha externa, o auto-criticismo/auto-tranquilização, a ligação e proximidade aos outros, ou outras variáveis pertinentes. Permitindo

desta forma, que estudos futuros possam estudar o papel da compaixão na génese e/ou na manutenção do comportamento antissocial. Ficarà disponível um novo instrumento de medida que irá possibilitar a recolha de dados, de uma forma fiável e empiricamente validada, no sentido de colmatar a atual falta de instrumentos próprios para avaliar a compaixão nesta população clínica e possibilitando o desenvolvimento de uma melhor abordagem terapêutica, tendo por base o desenvolvimento de competências compassivas e potenciando relações afiliativas.

II - Objetivos

Como objetivo geral deste estudo, pretendeu-se testar a dimensionalidade da Escala da Compaixão em adolescentes com Perturbações do Comportamento, bem como analisar a consistência interna da escala e das dimensões que a constituem, nesta população clínica. Pretendeu-se ainda estudar a validade de constructo da Escala da Compaixão através da análise da validade convergente e divergente do instrumento com variáveis externas pertinentes, nomeadamente: a) vergonha externa; b) auto-criticismo e auto-tranquilização; e c) proximidade e ligação aos outros.

Estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- 1) Reproduzir a solução fatorial encontrada na Escala da Compaixão original (Pommier, 2010) e em adultos portugueses (Vieira, 2013);
- 2) Encontrar associações positivas entre compaixão pelos outros, por um lado e proximidade/ligação aos outros e auto-tranquilização por outro;
- 3) Encontrar associações negativas entre compaixão pelos outros, por um lado e vergonha externa e auto-criticismo por outro.

III - Metodologia

Amostra

De modo a realizar o estudo da dimensionalidade da Escala da Compaixão em adolescentes com Perturbação do Comportamento (PC) ou com Perturbação de Oposição (PO), foram recolhidos 120 participantes da região Centro e Norte de Portugal. A amostra foi constituída por 86 adolescentes do sexo masculino (71.7%) e por 34 do sexo feminino (28.3%), com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos ($M=15.64$, $DP=1.165$). Verificou-se a existência de diferenças significativas entre géneros masculino e feminino em relação às idades [$t(118) = 2.267$; $p = .025$].

Estes adolescentes apresentaram uma média de anos de escolaridade concluídos de 7.06 ($DP=1.73$) e uma média de número de reprovações de 2.29 ($DP=1.36$). No que diz respeito ao abandono escolar, 14 participantes da amostra total (11.7%) abandonaram a escola com a idade média de 14.07 anos ($DP=1.49$).

Todos os participantes sabiam ler e escrever sendo que 49.2% da amostra total apresentava um nível socioeconómico (NSE) baixo, 40% um NSE médio e 10.8% um NSE alto.

Os participantes foram recrutados em Centros Educativos (16.7%), Centros de Acolhimento Temporário (24.2%), Escolas Regulares (29.2%), Escolas Profissionais (7.5%) e em Lares de Infância e Juventude (22.5%). Foram contactadas 86 instituições, sendo que as recolhas se realizaram em 20 das mesmas (As restantes 66 recusaram o pedido de realização da investigação com as seguintes justificações: demasiadas investigações em curso no local; a potencial amostra não preenchia critérios de inclusão; indisponibilidade da instituição para a participação no estudo. Um número significativo das instituições contactadas não forneceu resposta ao contacto).

No total foram entrevistados 168 adolescentes, sendo que 48 não ingressaram a amostra final para a realização do estudo (39

adolescentes não apresentavam critérios de inclusão; 2 apresentavam critérios de exclusão; 4 apresentavam outros diagnósticos principais comórbidos com PC ou PO; 3 recusaram permanecer no estudo).

A seleção dos participantes obedeceu a critérios de exclusão específicos: 1) Iliteracia; 2) Défice cognitivo; 3) Perturbações/sintomas psicóticos; e 4) Perturbação global do desenvolvimento.

Medidas

Mini-Kid – Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (Sheehan, Shytle, Milo, & Janavs, 2010; versão portuguesa: Ribeiro da Silva, da Motta, Rijo & Brazão, 2012). É uma entrevista clínica estruturada de diagnóstico que avalia as perturbações mentais de Eixo I do DSM-IV. O entrevistador percorre 26 diagnósticos, inseridos nas seguintes categorias: Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção; Perturbações de tiques; Outras perturbações da 1^a infância e da 2^a infância ou adolescência; Perturbações relacionadas com o consumo de substâncias; Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas; Perturbações do humor; Perturbações de ansiedade e perturbações do comportamento alimentar e de adaptação. A entrevista permite ainda realizar um *screening* da perturbação global do desenvolvimento e avaliar o risco de suicídio. São realizados dois tipos de avaliações: uma categorial (se existe ou não perturbação) e outra dimensional (número de critérios que o indivíduo preenche). A entrevista permite ainda ao entrevistador considerar um diagnóstico principal (no caso de preencher critérios para mais do que uma perturbação).

Escala da Compaixão (*Compassion Scale*; Pommier, E., 2010; versão portuguesa para adolescentes: Castilho, P., Brazão, N., & Xavier, A., 2015). Esta medida é um instrumento de autorresposta com 24 itens que avalia a compaixão pelos outros. Os participantes

recorrem a uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Quase nunca*; 5 = *Quase sempre*), no qual devem reportar como se sentem e agem em relação aos outros. Está organizada em seis fatores que pretendem avaliar: *Bondade* (e.g. “Gosto de estar com os outros em momentos difíceis”), *Indiferença* (e.g., “Não me preocupo com os problemas dos outros”), *Humanidade Comum* (e.g., “O sofrimento faz parte da experiência humana”), *Desligado* (e.g.. “Não me sinto emocionalmente ligado/próximo a pessoas que estão em sofrimento”), *Mindfulness* (e.g., “Presto muita atenção quando os outros falam comigo”) e o *Não Envolvimento* (e.g., “Tento evitar os outros que estão em profundo sofrimento”).

No estudo original (Pommier, 2010), recorrendo a uma Análise Fatorial Confirmatória, foram encontrados bons índices de ajustamento para um modelo de medida de segunda ordem (RMSEA = .06; SRMR = .06; NNFI = .95; CFI = .96) em que os seis fatores (acima referidos) convergem no fator principal, *Compaixão*. A escala revelou boas propriedades psicométricas, apresentando um *alfa* de *Cronbach* de .87 para a escala total. Já as subescalas apresentam os seguintes alfas: a *Bondade* revelou uma consistência interna de .83; a subescala *Indiferença* de .71; a subescala *Humanidade Comum* de .71; a subescala *Desligado* de .68; o *Mindfulness* de .72; e o *Não Envolvimento* apresenta um alfa de .71.

Na versão portuguesa para adultos (N=610), o *alfa* de *Cronbach* encontrado foi de .92, para o total da Escala da Compaixão, tendo-se verificado consistências internas satisfatórias nas subescalas da compaixão: *Bondade* ($\alpha=.79$), *Indiferença* ($\alpha=.79$), *Humanidade Comum* ($\alpha=.78$), *Desligado* ($\alpha=.79$), *Mindfulness* ($\alpha=.74$), e *Não Envolvimento* ($\alpha=.78$). Por último, o modelo de medida de segunda ordem apresentou bons índices de ajustamento ($\chi^2/df = 2.839$; TLI = .926; CFI = .935; RMSEA = .055; AIC = 802.245; ECVI = 1.317) (Vieira, 2013).

Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização para adolescentes (*Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale - Adolescent*, FSCRS-A, Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; versão portuguesa para adolescentes: Silva & Salvador, 2010). É um instrumento de auto-resposta que avalia a forma como as pessoas se auto-criticam e auto-tranquilizam quando enfrentam situações de fracasso e erro. É constituída por 22 itens, organizados em três subescalas: *Eu Inadequado*, avalia o sentimento de inadequação do *self* perante fracassos, obstáculos e erros (e.g., “Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a)”); *Eu Detestado*, avalia uma resposta mais destrutiva para com o Eu, baseada na raiva e aversão perante situações de fracasso (e.g., “Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a)”); *Eu Tranquilizador*, avalia uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o *self* (e.g., “Encorajo-me a mim mesmo(a) em relação ao futuro”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que varia desde 0 (*eu não sou assim*) a 4 (*sou extremamente assim*). Na versão original os valores de consistência interna obtidos foram: .90 para a subescala *Eu Inadequado*, .86 para a subescala *Eu Detestado* e .86 para a sub-escala *Eu Tranquilizador* (Gilbert et al., 2004). Para a versão portuguesa, os níveis de consistência interna foram: .89 para a subescala *Eu Inadequado*; .87 para a sub-escala *Eu Tranquilizador*; e .72 para a subescala *Eu Detestado* (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013). Na versão para adolescentes, a escala apresentou uma consistência interna de: .90 para o *Eu Inadequado*; .86 para o *Eu Tranquilizador*; e .72 para o *Eu Detestado* (Silva & Salvador, 2010). No presente estudo, os coeficientes de *Cronbach* foram os seguintes: *Eu Inadequado* ($\alpha = .87$); *Eu Detestado* ($\alpha = .81$); *Eu Tranquilizador* ($\alpha = .81$).

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros para adolescentes, EPLO-A (*Social Safeness and Pleasure Scale*, SSPS-A, Gilbert et al., 2009; versão portuguesa para adolescentes: Castilho,

Dinis, Xavier, & Brazão, manuscrito não publicado). Este instrumento de auto-resposta refere-se à forma como as pessoas experienciam sentimentos e emoções positivas em situações sociais. Avalia ainda se as pessoas experienciam o mundo como seguro, acolhedor e apaziguador. A escala é constituída por 11 itens que refletem a forma como as pessoas se podem sentir em diferentes situações de interação social (e.g., “Sinto que as pessoas com quem me relaciono me tratam calorosamente (com cuidado e afeto)”). As respostas são dadas numa escala de tipo *Lickert* de 5 pontos (1= *quase nunca*; 5= *quase sempre*). No estudo original da escala, foi obtido um valor de consistência interna de .91. Na versão portuguesa para adolescentes, a escala revelou uma consistência interna muito boa, apresentando um alfa de *Cronbach* de .92 (P. Castilho, comunicação pessoal, 2 Dezembro, 2015). No presente estudo, o valor de consistência interna encontrado foi de .86.

Escala da Vergonha Externa para adolescentes (versão reduzida) (*Other as Shamer Scale (Brief) - Adolescent*, OASB-A, Goss, Gilbert, & Allan, 1994; versão portuguesa para adolescentes: Cunha, Xavier, Cherpe, & Pinto-Gouveia, 2015). É um instrumento de autorresposta que deriva de uma versão longa composta por 18 itens que avaliam a vergonha externa em três dimensões: *inferioridade*, *vazio* e *como os outros se comportam quando me veem a cometer erros* (Goss et al., 1994). A versão reduzida, unidimensional e composta por 8 itens, avalia a forma como sentimos que os outros nos percebem (e.g., “Penso que as outras pessoas me desprezam”). Os itens são cotados através de uma escala do tipo *Likert*, de 5 pontos (0= *nunca*; 4= *sempre*). Em estudos com adolescentes da população normal portuguesa, a OASB-A apresentou uma consistência interna de .92. Em adolescentes da população forense, a consistência interna encontrada foi de .89 (Vagos, Ribeiro da Silva, Brazão, Rijo & Gilbert, 2016). No presente estudo, encontrou-se um coeficiente de

Cronbach para o total da escala de .81.

Procedimentos

Após a aprovação da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, no caso dos menores a cumprir medida tutelar educativa de internamento, da direção das instituições de acolhimento e da direção dos estabelecimentos de ensino, os jovens (referenciados por problemas de comportamento e sem défice cognitivo), previamente selecionados pelo psicólogo responsável de cada instituição, foram convidados a participar voluntariamente na investigação. Foi dada uma breve explicação dos objetivos do estudo a todos os participantes. O preenchimento de um consentimento informado foi solicitado a cada participante ou ao seu tutor legal (no caso de indivíduos com menos de 18 anos de idade).

Através de uma entrevista clínica estruturada (Mini-Kid), os participantes foram avaliados na sua elegibilidade para o estudo. Deste modo foi avaliado se tinham diagnóstico principal de Perturbação de Comportamento ou de Perturbação de Oposição, sem perturbações ou sintomas psicóticos comórbidos. Todos os participantes elegíveis para o estudo responderam, num segundo momento, a medidas de auto-relato que avaliavam a compaixão pelos outros, a vergonha externa, o auto-criticismo e a auto-tranquilização e a proximidade e ligação aos outros (descritas anteriormente). De modo a contrariar possíveis efeitos do preenchimento sequencial dos instrumentos de auto-resposta, procedeu-se ao contra-balanceamento, sendo que a ordem de administração dos instrumentos foi invertida em metade da amostra. Pretendeu-se garantir que efeitos como a fadiga do participante ou outras interferências provenientes de um protocolo de ordem fixa, não influenciassem os resultados obtidos através do preenchimento do protocolo de investigação.

A recolha de dados foi realizada pelo investigador e colegas de investigação. Este estudo obedeceu a todos os princípios éticos e

deontológicos, mantendo a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Estratégia analítica

Os dados foram analisados através do *software* MPLUS v.7.4 (Muthén & Muthén, 2015) para estudar a dimensionalidade da Escala da Compaixão. Como existe um modelo teórico previamente estabelecido e um modelo de medida aplicado a esta escala, mas para a população adulta, optou-se pela realização de uma Análise Factorial Confirmatória (AFC).

Este modelo de análise baseia-se em fundamentos teóricos e/ou observacionais. Deste modo, é possível construir uma hipótese teórica de modelo antes da análise estatística. O objetivo da AFC é verificar se os dados suportam o modelo teórico desenvolvido *a priori*. Para analisar a qualidade de ajustamento global do modelo de medida, recorreu-se a índices de ajustamento e aos respetivos valores de referência. Deste modo, podemos analisar se o modelo proposto traduz uma explicação adequada ou fraca do constructo em estudo.

Para o teste do ajustamento do modelo de medida, foram analisados os seguintes índices de ajustamento: 1) *Chi-Square* (χ^2/df) e os seus graus de liberdade; 2) *Comparative Fit Index* (CFI); 3) *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA); 4) *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR); 5) Para compararmos modelos de medida e percebermos qual o que melhor se ajusta aos dados, utilizou-se o índice de ajustamento incremental AIC (*Akaike Information Criterion*). Utilizaram-se os seguintes critérios de referência: valores do CFI iguais ou superiores a 0.90; valores do RMSEA inferiores a 0.06; valores do SRMR iguais ou inferiores a 0.08. Para o índice de comparação de modelos AIC, será melhor o valor mais baixo na comparação dos mesmos (Hair, Black, Babin & Anderson, 2009).

Os índices de consistência interna da medida foram calculados através do Coeficiente de *Cronbach*, considerado o indicador que

fornece a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). Com base nos critérios de referência de Pestana e Gageiro (2005), coeficientes com valores inferiores a .60 são inadmissíveis, entre .60 e .70 são considerados fracos, entre .70 e .80, consideram-se os mesmos razoáveis, entre .80 e .90 são considerados bons coeficientes, por último, alfas de *Cronbach* superiores a .90 são considerados muito bons. A qualidade dos itens foi verificada através da análise dos seus *loadings* (índices de saturação), através das correlações entre o item e o total das subescalas (excluindo a correlação do item com o próprio) e ainda através da análise do coeficiente de *Cronbach* do factor a que pertence o item, caso o mesmo fosse eliminado. A validade de constructo foi analisada através do coeficiente de correlação de Pearson entre os fatores da Escala da Compaixão e outras variáveis associadas pertinentes: vergonha externa ($N= 88$); formas de auto-criticismo e auto-tranquilização ($N= 86$); e ligação e proximidade ao outro ($N= 86$). Consideram-se as correlações entre variáveis muito baixas para valores inferiores a .20, correlações baixas para um valor entre .21 e .39, correlações moderadas entre .40 e .69, entre .70 e .89 consideram-se as correlações elevadas e quando são superiores a .90, consideram-se as mesmas muito elevadas (Pestana & Gageiro, 2005).

Num primeiro momento foi testado o modelo fatorial de segunda ordem com um fator principal e seis subfatores, à semelhança da escala original (Pommier, 2010) e da Escala da Compaixão estudada em adultos portugueses (Vieira, 2013). Pela não convergência dos dados neste modelo de medida, foram testadas alternativas. Deste modo, procedeu-se à AFC de primeira ordem do modelo de medida de seis fatores, igualmente testado quer no estudo original (Pommier, 2010), quer em adultos portugueses (Vieira, 2013). Por último, como na primeira AFC não foi encontrado um fator hierárquico superior que representasse a Compaixão, realizou-se uma AFC de primeira ordem de um modelo de dois fatores (*Compaixão e*

Julgamento) de forma a testar a existência dos mesmos. Ou seja, *Bondade*, *Humanidade Comum* e *Mindfulness* representariam um fator de primeira ordem (*Compaixão*) e de forma semelhante, a *Indiferença*, o *Desligado* e o *Não Envolvimento* representariam o fator *Julgamento*.

IV - Resultados

Análise preliminar dos dados

De modo a decidir qual o estimador mais apropriado a utilizar na Análise Fatorial Confirmatória, a normalidade das variáveis em estudo foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados obtidos mostraram que as variáveis não apresentam uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$). Deste modo, todas as Análises Fatoriais Confirmatórias foram conduzidas utilizando o estimador *Maximum Likelihood Robus*.

Analisaram-se as médias e desvios padrão da Escala de Proximidade e Ligação aos Outros para adolescentes ($M=38.03$; $DP=8.87$), das subescalas *Eu Inadequado* ($M=14.02$; $DP= 8.00$), *Eu Detestado* ($M= 4.36$; $DP= 4.51$) e *Eu Tranquilizador* ($M= 18.15$; $DP= 6.82$) da Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização para adolescentes, e da Escala da Vergonha Externa para adolescentes ($M= 9.25$; $DP=5.09$), de forma a analisar descritivamente os instrumentos utilizados na análise da validade de constructo da Escala da Compaixão.

Análise Fatorial Confirmatória da Escala da Compaixão

Iniciou-se a análise dos dados através da realização de uma Análise Fatorial Confirmatória do modelo de segunda ordem, encontrado no estudo original da Escala da Compaixão (Pommier, 2010) e reproduzido em adultos portugueses (Vieira, 2013). Este modelo indica a existência de seis subfatores (*Bondade*, *Indiferença*, *Humanidade Comum*, *Desligado*, *Mindfulness* e *Não Envolvimento*)

que convergem num fator latente de ordem hierárquica superior (*Compaixão*). No presente estudo, não foi encontrada convergência dos dados e este modelo de medida não demonstrou ajustamento aos mesmos. De modo a obter convergência para que o modelo de medida fosse replicado, as variâncias dos seis fatores de segunda ordem foram fixadas em zero. Após este procedimento, resultaram os seguintes índices de ajustamento do modelo de medida: $\chi^2/df = 632.435/252$, $p=.000$; CFI = .505; RMSEA = .112; AIC = 8999.657; SRMR= .146.

Com base nos fracos índices de ajustamento do modelo de segunda ordem, testou-se o modelo multidimensional de seis fatores principais da compaixão (*Bondade, Humanidade Comum, Mindfulness, Indiferença, Desligado e Não Envolvimento*), também testado no estudo original (Pommier, 2010) e em adultos portugueses (Vieira, 2013). Realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória em que o modelo de medida revelou uma boa qualidade de ajustamento ($\chi^2/df = 332.943/234$, $p=.000$; CFI = .899; RMSEA = .059; AIC = 8650.747; SRMR= 0.069). Estes indicadores de ajustamento foram obtidos através das correlações dos seguintes pares de erros: item 15 (*Humanidade Comum*) com item 1 (*Não Envolvimento*); item 18 (*Indiferença*) com o item 5 (*Desligado*); e o item 20 (*Humanidade Comum*) com o item 11 (*Humanidade Comum*). Os índices de ajustamento apresentados revelam uma qualidade de ajustamento superior quando comparados com os índices obtidos sem as correlações de erros ($\chi^2/df = 373.560/237$, $p=.000$; CFI = .861; RMSEA = .069; AIC = 8685.364; SRMR= .071).

Apesar dos índices de ajustamento aceitáveis, no modelo de 6 fatores principais, obtiveram-se valores de consistência interna fracos para alguns dos fatores (cf. Quadro 2). Por esta razão, e atendendo ao facto de não se encontrar um fator hierárquico superior que representasse a *Compaixão* (na AFC do modelo de medida de segunda ordem), procedeu-se ao estudo da dimensionalidade da escala, através de uma AFC, com base na existência de dois fatores principais:

Compaixão (composto pelos itens dos subfactores *Bondade*, *Humanidade Comum* e *Mindfulness*, característicos de uma mentalidade afiliativa para com o sofrimento do outro) e *Julgamento* (composto pelos itens dos subfactores *Indiferença*, *Desligado* e *Não Envolvimento*, característicos de uma mentalidade crítica). Obtiveram-se os seguintes índices de ajustamento: $\chi^2/df = 341.933/250$, $p=.001$; CFI = .880; RMSEA = .055; AIC = 8679.237; SRMR= 0.079. Estes índices foram obtidos através da correlação do erro associado ao item20 (*Humanidade Comum*) e ao item11 (*Humanidade Comum*), resultando em índices de qualidade de ajustamento superiores, quando comparados com os índices do modelo sem as correlações de erros ($\chi^2/df = 365.032/251$, $p=.000$; CFI = .852; RMSEA = .062; AIC = 8705.362; SRMR= 0.081).

Os índices de ajustamento de todos os modelos de medida testados encontram-se reportados no quadro 1.

Quadro 1

Índices de ajustamento dos modelos de medida testados para a Escala da Compaixão.

	Escala da Compaixão						
	χ^2	df	RMSEA	CI for RMSEA	CFI	SRMR	AIC
Modelo de segunda ordem	632.435	252	.112	.101; .123	.505	.146	8999.657
Modelo de primeira ordem de 6 fatores	373.560	237	.069	.056; .082	.861	.071	8685.364
Modelo de primeira ordem de 2 fatores	365.032	251	.062	.047; .075	.852	.081	8705.362
Modelo de primeira ordem de 6 fatores - modificado	332.943	234	.059	.044; .073	.899	.069	8650.747

Nota. χ^2 = Chi-Square; df = degrees of freedom; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = confidence interval; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual.

Estudo das propriedades psicométricas da Escala da Compaixão

Optou-se por escolher o modelo de medida de primeira ordem (modificado) como o que melhor se ajusta aos dados recolhidos. Este modelo indica a existência de seis fatores principais e foi testado em estudos anteriores (Pommier, 2010; Vieira, 2013). Por esta razão, e através da comparação dos índices de ajustamento dos modelos de medida testados (sem as associações de erros sugeridas pelo programa

MPLUS v.7.4), sobretudo atendendo ao valor do indicador de ajustamento comparativo CFI e do indicador de ajustamento incremental AIC, este modelo de medida revelou-se como a melhor escolha para a Escala da Compaixão em adolescentes com PC e/ou PO.

As propriedades dos itens que constituem cada fator empírico do instrumento são apresentadas no Quadro 2. Encontram-se ainda os valores da média e desvio-padrão dos itens que constituem a escala, bem como a correlação corrigida entre o item e o total do fator em que se insere. São também apresentados os *loadings* de cada item que constituem o modelo de medida de seis fatores principais da Escala da Compaixão.

Os coeficientes de *Cronbach* encontrados para os seis fatores principais variam entre .59 (*Desligado*) e .80 (*Humanidade Comum*) e os coeficientes de *Cronbach* dos fatores não sofreriam incrementos caso algum dos itens que os constituem fosse eliminado, por esta razão não são apresentados no quadro 2. No que respeita aos valores de correlação entre o item e o fator total, apenas o item 5 (*Desligado*) se encontra abaixo de .30 ($r_{\text{item5-total}} = .291$). No entanto, o seu valor é muito próximo do valor de referência para que seja retirado da escala e a consistência interna do fator seria diminuída se fosse realizado este procedimento. Todos os itens da Escala da Compaixão apresentam *loadings* significativos ($p = .000$) com valores iguais ou superiores ao valor de referência (0.4) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). Tendo em conta as características psicométricas dos itens e a análise das consistências internas dos fatores, optou-se por manter os 24 itens originais.

Quadro 2.

Consistências internas dos fatores e características psicométricas dos itens da Escala da Compaixão.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	Λ
F1 Bondade ($\alpha = .70$)				
6. Se vejo alguém a passar por um momento difícil, tento ser atencioso e caloroso com essa pessoa.	3.63	1.25	.620	0.712
8. Gosto de estar com os outros em momentos difíceis.	3.36	1.44	.468	0.572
16. Sinto-me profundamente solidário com quem está em sofrimento/infeliz.	3.28	1.38	.464	0.566
24. Quando os outros estão tristes tento confortá-los.	3.78	1.22	.403	0.619
F2 Humanidade Comum ($\alpha = .80$)				
11. Toda a gente se sente triste de vez em quando; faz parte de ser-se humano.	3.94	1.24	.625	0.644
15. É importante reconhecer que todas as pessoas têm defeitos e que ninguém é perfeito.	3.78	1.35	.572	0.678
17. Apesar de sermos todos diferentes, sei que toda a gente sofre, tal como eu.	3.67	1.28	.575	0.737
20. O sofrimento faz parte da experiência humana (todas as pessoas sofrem).	3.85	1.31	.665	0.665
F3 Mindfulness ($\alpha = .75$)				
4. Presto muita atenção aos outros quando falam comigo.	3.48	1.19	.531	0.665
9. Percebo quando as pessoas estão chateadas, mesmo quando não dizem nada.	3.52	1.29	.448	0.519
13. Costumo ouvir pacientemente os outros quando estes me contam os seus problemas.	3.32	1.31	.570	0.687
21. Quando os outros falam comigo sobre os seus problemas, tento ter uma visão equilibrada da situação.	3.53	1.16	.652	0.790
F4 Indiferença ($\alpha = .64$)				
2. Por vezes quando os outros falam sobre os seus problemas, sinto que não me importo com isso.	2.03	1.11	.516	0.635
12. Por vezes sou uma pessoa fria com os outros quando estes se sentem em baixo e não estão presentes/ausentes.	2.43	1.31	.362	0.400
14. Não me preocupo com os problemas dos outros.	2.28	1.29	.496	0.611
18. Geralmente quando os outros têm problemas deixo que seja outra pessoa a ajudá-los.	2.44	1.17	.303	0.537
F5 Desligado ($\alpha = .59$)				
3. Não me sinto emocionalmente ligado/próximo a pessoas que estão em sofrimento.	2.25	1.15	.434	0.635
5. Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam os seus problemas, angústias, mágoas ou dificuldades.	2.14	1.21	.291	0.459
10. Quando vejo alguém em baixo/abatido, sinto que não consigo estabelecer relação (ou contacto) com essa pessoa.	2.54	1.17	.357	0.418
22. Não consigo, mesmo, ligar-me aos outros quando estão em sofrimento.	2.28	1.15	.420	0.567
F6 Não Envolvimento ($\alpha = .62$)				
1. Quando os outros choram à minha frente, a maior parte das vezes, não sinto nada.	2.27	1.24	.339	0.556
7. A maior parte das vezes desligo quando os outros falam sobre os seus problemas.	2.22	1.18	.364	0.558
19. Não penso muito sobre as preocupações dos outros.	2.48	1.17	.563	0.676
23. Tento evitar os outros que estão em profundo sofrimento.	2.33	1.29	.343	0.464

Nota. M= média; DP= desvio padrão; r= correlação item-total corrigida; λ = loadings dos itens.

Validade de Constructo em relação a variáveis externas

Na análise da validade de constructo da Escala da Compaixão, encontraram-se associações positivas entre a *Bondade*, a *Humanidade Comum* e o *Mindfulness* por um lado, e a Escala de Proximidade e Ligação aos Outros (SSPS-A), por outro. Em relação aos fatores característicos de uma mentalidade de *Julgamento*, apenas a *Indiferença* se encontra correlacionada significativamente, de forma negativa, com a SSPS-A. Os fatores *Bondade* e *Humanidade Comum* foram os únicos da Escala da Compaixão que se associaram de forma significativa com a subescala *Eu Inadequado* da Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização (FSCRS-A), sendo que estas correlações foram positivas. No caso da subescala *Eu Detestado* da FSCRS-A, não foram encontradas correlações significativas com os fatores da Escala da Compaixão. Já com a subescala *Eu Tranquilizador*, foram encontradas correlações positivas apenas com os fatores característicos de uma mentalidade compassiva (*Bondade*; *Humanidade Comum*; e *Mindfulness*). Por último, não foram encontradas associações significativas entre os fatores da Escala da Compaixão e a Escala da Vergonha Externa (OASB-A).

As associações encontradas entre o fator *Bondade* por um lado, com a Escala de Proximidade e Ligação aos Outros e a subescala *Eu Tranquilizador* (FSCRS-A) por outro, apresentam uma força de correlação moderada. As restantes correlações significativas consideram-se baixas. Todas as correlações efetuadas para a análise da validade de constructo são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3

Validade constructo ($N(OASB-A)=88$; $N(FSCRS-A \text{ e } SSPS-A)=86$).

	SSPS-A	FSCRS-A			OASB-A
		<i>Eu Inadequado</i>	<i>Eu Detestado</i>	<i>Eu Tranquilizador</i>	
Escala da Compaixão					
<i>Bondade</i>	.495**	.310**	.085	.419**	-.125
<i>Humanidade Comum</i>	.325**	.368**	.062	.385**	.022
<i>Mindfulness</i>	.376**	.239	-.025	.394**	-.135
<i>Indiferença</i>	-.230*	-.075	.010	-.026	.183
<i>Desligado</i>	-.017	.029	.043	.107	.141
<i>Não Envolvimento</i>	.018	-.001	-.043	.167	.186

Nota. SSPS-A: Social Safeness and Pleasures Scale – Adolescent version, OASB-A: Other as Shamer Scale Brief- Adolescent version, FSCRS-A (Eu Inadequado; Eu Detestado; Eu Tranquilizador): Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale – Adolescent version.

** $p < .001$.

* $p < .05$.

V - Discussão

A Escala da Compaixão (Pommier, 2010) foi desenvolvida para avaliar a compaixão pelos outros. Este constructo parece desempenhar um papel relevante em diversos campos psicopatológicos, nomeadamente na depressão e ansiedade (Neff, 2003), sendo que, elevados níveis de compaixão estão associados a níveis mais baixos de psicopatologia (Cunha, Xavier & Castilho, 2015; MacBeth & Gumley, 2012). O presente estudo propôs-se a analisar as propriedades psicométricas da Escala da Compaixão (validade fatorial, consistência interna e a validade de constructo em relação a variáveis externas) em adolescentes com Perturbação de Comportamento e/ou Perturbação de Oposição. A compaixão pelos outros ainda não tinha sido estudada nesta população clínica nem a sua relação com outras variáveis de interesse.

Testou-se o modelo de medida original da Escala da Compaixão e o modelo de seis fatores principais, ambos reproduzidos em adultos portugueses (Pommier, 2010; Vieira, 2013). A não convergência dos dados para o modelo de medida original e os baixos índices de consistência interna para o modelo de seis fatores principais, conduziu à análise de um modelo de dois fatores principais (*Compaixão e Julgamento*). A Escala da Compaixão foi construída com base no modelo teórico de Neff para a Escala da Auto-Compaixão (Pommier, 2010) e estudos recentes têm reportado dificuldades em confirmar uma estrutura fatorial com um fator único de ordem superior (Garcia-Campayo et al., 2014; Petrocchi, Ottaviani, & Cououmdjian, 2013). A investigação demonstra que as subescalas da Escala da Auto-Compaixão poderão ser independentes e não estar associadas à compaixão (enquanto um constructo superior e único) na medida em que o modelo de medida original não é replicado em diversas populações clínicas e não clínicas (Williams, Dalglseih, Karl, & Kuyken, 2014). Williams et al. (2014) encontra ainda uma redução na qualidade do ajustamento dos dados ao modelo de um fator superior

da Escala da Auto-compaixão. De forma semelhante, no presente estudo, o modelo de medida de um fator superior da Escala da Compaixão apresentou índices de ajustamento inferiores, quer aos do modelo de seis fatores principais, quer ao modelo de dois fatores principais.

O modelo de medida (modificado) de seis fatores principais da Escala da Compaixão apresenta os melhores índices de ajustamento à população de adolescentes com Perturbações do Comportamento. No entanto, o fator *Desligado* apresenta um índice de consistência interna muito baixo ($\alpha = .59$). Este resultado poderá relacionar-se com o facto de os itens que compõem o fator induzirem uma visão generalista da atitude do Eu em relação ao sofrimento dos outros (*e.g.*, “Não consigo, mesmo, ligar-me aos outros quando estão em sofrimento”). Por esta razão, os itens que constituem o fator poderão ser de difícil interpretação, o que poderá explicar em parte o baixo índice de consistência interna deste fator.

Os resultados referentes à dimensionalidade da Escala da Compaixão e às suas propriedades psicométricas levantam questões relacionadas com a conceptualização da compaixão como um constructo formado por três dimensões contínuas, que variam entre pólos positivos e negativos (Pommier, 2010). Existem ainda algumas investigações que indicam a relevância da conceptualização da auto-compaixão em dois fatores nas suas associações com a psicopatologia (Costa et al., 2015; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013; Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, & Matos, 2013) pelo que, questões de investigação relacionadas com a existência de dois fatores principais deverão ser atendidas no estudo da Escala da Compaixão.

Os resultados obtidos na análise da validade de constructo estão de acordo com a literatura, na medida em que elevados níveis de aceitação e calor emocional, um sentido de experiência humana partilhada e uma atitude equilibrada de não julgamento face ao sofrimento do outro (características de uma atitude compassiva) se

associam a sentimentos de ligação e proximidade ao outro (Crocker et al, 2010; Gilbert et al., 2011).

Os fatores característicos de uma mentalidade afiliativa encontram-se associados positivamente com o recurso a mecanismos de auto-tranquilização. A compaixão tem sido associada ao aumento da capacidade de tranquilização do *self* (Gilbert, 2010a) e à capacidade de regulação emocional (Gilbert, 2010b; Gilbert et al., 2011). Ao contrário do esperado, não foram encontradas associações significativas entre os fatores característicos de uma mentalidade de julgamento face ao sofrimento dos outros, com a capacidade de auto-tranquilização. Estes dados poderão indicar que o facto de os participantes não adotarem uma mentalidade compassiva em relação aos outros, não se associa necessariamente à incapacidade de recorrer a mecanismos de tranquilização do *self*.

Previam-se associações negativas entre uma atitude compassiva em relação aos outros e uma visão do Eu como “*Detestado*”. No entanto, não foram encontradas associações significativas entre estas variáveis. Na resposta à Escala da Compaixão, questões de desejabilidade social podem ter estado envolvidas. Os participantes podem ter reportado ser mais compassivos do que são na realidade. Pommier (2010), no estudo original da escala, encontrou correlações significativas, embora baixas ($r = .19$, $p < .01$) entre a resposta à Escala da Compaixão e medidas de desejabilidade em adultos da população normal, pelo que esta tendência poderá ter estado envolvida nas respostas dos participantes neste estudo. Por outro lado, uma resposta mais destrutiva, de perseguição e aversão em relação ao Eu, em situações de fracasso (*Eu Detestado*), poderá implicar uma elevada ativação emocional negativa. Indivíduos com uma alta exposição a eventos traumáticos (Abram et al., 2004; Dierkhising et al., 2013; Willis, Best, & Aalsma, 2013) tendem a lidar com emoções negativas através de dissociação (Bennett, Modrowski, Kerig, & Chaplo, 2015), negação (Ribeiro da Silva et al., 2015) e entorpecimento emocional

(Kerig & Becker, 2010; Kerig, Bennett, Thompson, & Becker, 2012). Deste modo, não só as respostas à subescala *Eu Detestado* (Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização) poderão não corresponder à realidade, mas também as respostas à Escala da Vergonha Externa poderão estar camufladas, na medida em que a percepção da avaliação negativa de fontes externas é indutora de emoções disfuncionais, nomeadamente vergonha. A interação destas questões poderá explicar em parte o facto de não se encontrarem associações significativas entre os fatores da Escala da Compaixão por um lado, e o *Eu Detestado* e a Escala da Vergonha Externa, por outro.

Ao contrário do esperado, foram encontradas associações positivas entre a subescala do *Eu Inadequado* e os fatores *Bondade e Humanidade Comum* da Escala da Compaixão. O *Eu Inadequado*, embora seja uma forma de auto-criticismo do indivíduo perante situações de fracasso, não é uma resposta tão aversiva de ataque e repulsa pelo *self*, como a adotada no *Eu Detestado*. Desta forma, a resposta de inadequação do Eu é mais acessível e o indivíduo poderá estar consciente da existência deste tipo de respostas auto-críticas. Estes sentimentos de inadequação, desconfortáveis e ameaçadores, poderão ser contornados com um sentido de *Bondade e Humanidade Comum* para com o sofrimento dos outros. Ou seja, adotando uma atitude atenciosa, de compreensão face ao sofrimento do outro, a par de uma visão deste sofrimento como fazendo parte da condição humana (“toda a gente sofre”), estes jovens poderão estar a tentar diminuir os seus sentimentos de inadequação. Codificando os mesmos como fazendo parte da condição humana, poderão diminuir o sentimento de responsabilização do Eu em situações de fracasso e inadequação.

Estes dados são de difícil interpretação. Deste modo, as hipóteses explicativas apresentadas devem ser cuidadosamente interpretadas e generalizadas. A compaixão encontra-se associada a variáveis evolucionárias relevantes para a compreensão do

comportamento antissocial (tranquilização do *self* e a ligação e proximidade aos outros) e com a validação da Escala da Compaixão nesta população (recolhida com recurso a entrevista clínica), este constructo poderá ser estudado através de um instrumento empiricamente validado de forma a explorar a génese e manutenção dos comportamentos de ataque ao outro.

Limitações e direções futuras de investigação

Apesar do modelo de medida para a Escala da Compaixão estar de acordo com o modelo de medida dos estudos anteriores (Pommier, 2010; Vieira, 2013), esta investigação não está ausente de limitações, pelo que a generalização dos resultados deve ser efetuada com cautela. O número reduzido de participantes que constitui a amostra apresenta-se como uma limitação à Análise Fatorial Confirmatória da Escala da Compaixão. Ainda que o número de participantes seja indicado por alguns autores como suficiente para a realização desta análise (Tabachnick & Fidell, 2001), o estudo dos índices de ajustamento dos modelos de medida e dos índices de consistência interna dos fatores que compõem a escala poderia ser mais robusto, caso a amostra fosse mais ampla. Estudos futuros deverão não só, testar a dimensionalidade da escala tendo em conta esta questão, mas também testar a validade temporal da Escala da Compaixão, de modo a analisar se as características psicométricas do instrumento se mantêm nesta população clínica após um intervalo de tempo significativo.

Não foi incluído um instrumento de desabilidade social no protocolo administrado aos participantes. Podem ter ocorrido enviesamentos a este nível, sobretudo porque as medidas de autorrelato são particularmente suscetíveis a este efeito. Para além de incluírem um instrumento de avaliação deste constructo, estudos futuros deverão recorrer a entrevistas capazes de identificar experiências relacionadas com a compaixão, bem como identificar respostas compassivas específicas ao sofrimento do outro. Seria

relevante desenvolver um instrumento de medida da compaixão que recorresse a cenários ativadores do constructo. Deste modo poderia aceder-se com maior rigor à vivência de experiências compassivas nestes jovens, tentando ultrapassar processos de evitamento de confrontação com ativação cognitiva e emocional disfuncional.

Diferenças entre géneros nas respostas à Escala da Compaixão não foram estudadas. No entanto, as mulheres parecem apresentar maiores níveis de compaixão pelos outros (Pommier, 2010). Em adultos portugueses do sexo feminino, encontram-se pontuações médias mais elevadas nas vertentes positivas da compaixão, enquanto que adultos do sexo masculino obtêm pontuações mais elevadas nas vertentes negativas (Vieira, 2013). Esta tendência deverá ser estudada nesta população clínica de modo a explorar a relação da compaixão com as diferenças comportamentais de géneros.

Investigações futuras deverão analisar os mecanismos neurofisiológicos associados à ativação da compaixão de modo a estudar a relação entre os fatores da Escala da Compaixão, nomeadamente a sua interdependência, clarificando a existência (ou não) de um constructo de ordem hierárquica superior.

O papel que intervenções baseadas na compaixão exercem na modificação da visão do Eu e dos outros, em indivíduos com comportamento antissocial, deverá ser estudado de modo a criar suporte para a aplicação deste tipo de intervenções e clarificar o papel do constructo nos comportamentos de ataque ao outro. Por último, este estudo focou-se em adolescentes com problemáticas externalizantes. No entanto, estudos futuros deverão analisar a relevância da compaixão em diversos campos psicopatológicos, ligados não só ao comportamento antissocial, mas também a problemáticas internalizantes e ansiosas nestes adolescentes.

VI - Conclusões

A Escala da Compaixão foi estudada pela primeira vez em adolescentes com PC e/ou PO, revelando-se um instrumento capaz de avaliar este constructo, nesta população clínica. O recurso a esta medida apresenta relevo para a comunidade científica e para a prática clínica uma vez que fornece informação sobre a forma como estes adolescentes se comportam em relação aos outros. As propriedades psicométricas da Escala da Compaixão em adolescentes com Perturbações do Comportamento permitem a sua utilização nesta população, sendo que a compaixão se encontra associada a sentimentos de ligação e proximidade ao outro e à capacidade de tranquilização do *self*. O recurso à Escala da Compaixão possibilita uma melhor compreensão da compaixão, bem como uma melhor abordagem conceptual no que diz respeito à sua aplicação terapêutica e à construção de futuros objetivos e intervenções psicoterapêuticas.

Bibliografia

- Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403–410. doi: 10.1001/archpsyc.61.4.403
- Allen, N.B. & Knight, W.E.J. (2005). Mindfulness, compassion, for self, and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 239-262). New York: Routledge.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati: Taylor & Francis Inc.
- Association, A. P. (2014). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5 ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, D. C., Modrowski, C. A., Kerig, P. K., & Chaplo, S. D.

- (2015). Investigating the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in a sample of traumatized detained youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 25, 465–472. doi: 10.1037/tra0000057
- Bentall, R., & Kaney, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26, 1231–1237. doi:10.1017/S0033291700035959
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Buss, D. M. (2012). The Evolutionary Psychology of crime. *Journal of Theoretical and Philosophical Criminology*. Special edition, 1, 90-98.
- Castilho, P. (2011). Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011a). Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-231.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011b). Auto-criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da escala das formas do auto-criticismo e auto-tranquilização (FSCRS) e da escala das funções do auto-criticismo e do auto-ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2013). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in

- clinical and nonclinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(2), 153-164. doi: 10.1002/cpp.1881
- Cohen, D. (2001). Cultural variation: Considerations and implications. *Psychological Bulletin*, 127, 451-471. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.451
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Ferreira, C., Cunha, M., ... Castilho, P. (2014). Preliminary considerations about self-compassion and its relationship with depression. Empirical and theoretical avenues. Manuscript submitted for publication.
- Crocker, J. & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 555-575. doi: 10.1037/0022-3514.95.3.555
- Crocker, J., Canevello, A., Breines, J. G., & Flynn, H. (2010). Interpersonal goals and change in anxiety and dysphoria in first-semester college students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 1009-1024. doi: 10.1037/a0019400
- Cunha, M. Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*, 93, 56-62. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.023
- Del Giudice, M. (2014). An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25, 261-300. doi: 10.1080/1047840X.2014.884918
- Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-350. doi:10.1017/S0140525X05260065
- Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R., & Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the National Child Traumatic

- Stress Network. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20274
- Ellis, B.J., Del Giudice, M., & Shirtcliff, E.A. (2013). Beyond allostatic load: The stress response system as a mechanism of conditional adaptation. In T.P. Beauchaine, & S.P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 251–284) (2nd ed.). New York: Wiley.
- Fehr, C., Sprecher, S., & Underwood, L. G. (2009). *The science of compassionate love: Theory research and application*. Chichester: Wiley.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 207–210. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.01.005
- Fredrickson, B. L., Cohn, M., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. A. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062. doi: 10.1037/a0013262
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 497–507. doi:10.1007/s10880-013-9370-3
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero- Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 110, 12–14. doi:10.1186/1477-7525-12-4
- 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. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x

- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 3–54). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introduction to compassion focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 5, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2010a). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 97–112. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Gilbert, P. (2010b). *Compassion Focused Therapy: The CBT distinctive features series*. London: Routledge
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–41. doi: 10.1111/bjc.12043
- Gilbert, P. (2015). The Evolution and Social Dynamics of Compassion. *Social and personality Psychology Compass*, 10, 1-16. doi: 10.1111/spc3.12176
- Gilbert, P., & Choden, E. (2013). *Mindfulness compassion*. London: Robinson.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V., & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, pp. 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1999). Recall of Shame and Favouritism in relation to psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-372. doi: 10.1348/014466599162962
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239–255. doi: 10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 182-191. doi: 10.1080/17439760801999461
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R. & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6, 135-143.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- Goleman, D. (Ed.). (2003). *Destructive emotions: A scientific dialogue with the Dalai Lama*. New York: A Bantam Book.
- 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. doi: 10.1016/0191-8869(94)90149-X
- Hair, F., Black, C., Babin, J., & Anderson, E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Kerig, P. K., & Becker, S. P. (2010). From internalizing to externalizing: Theoretical models of the processes linking PTSD to juvenile delinquency. In S. J. Egan (Ed.), *Posttraumatic stress disorder (PTSD): Causes, symptoms and treatment* (pp. 33–78). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Kerig, P. K., Bennett, D. C., Thompson, M., & Becker, S. P. (2012). “Nothing really matters”: Emotional numbing as a link between trauma exposure and callousness in delinquente

- youth. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 272–279. doi:10.1002/jts. 21700
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., & Volker, F. (2010). Having a word with yourself: neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849-1856. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *Public Library of Science*, 3, 1-10. doi.org/10.1371/journal.pone.0001897
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The Other as Shamer Scale – 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Mental representations of attachment security: theoretical foundations for a positive social psychology. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 233-266). New York: Guilford.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford.
- Mongrain, M., Chin, J., & Shapira, L. (2011). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12, 963-981. doi: 10.1007/s10902-010-9239-1
- Nathanson, D.L. (1994). *Shame and pride: Affect, sex, and the bird of the self*. New York: Norton.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.

doi: 10.1080/15298860309032

- Nunnally, J.O. (1978). *Psychometric Theory*. Neu York: McGraw-Hill.
- Pestana, H. & Gageiro, N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2013). Dimensionality of self-compassion: Translation and construct validation of the Self-compassion Scale in an Italian sample. *Journal of Mental Health, 23*, 72–77. doi:10.3109/09638237.2013.841869.
- Pommier, E. A. (2010). *The Compassion Scale* (Dissertação de Doutorado). USA: University of Texas.
- Porges S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology, 74*, 116-43. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., & Salekin, R.T. (2015). The evolutionary roots of psychopathy. *Agression and Violent Behavior, 21*, 85-96. doi:10.1016/j.avb.2015.01.006
- Silva, C. & Salvador, M. C. (2010). A Escala das Formas de Auto-criticismo e de Auto-Tranquilização (FSCRS): Características psicométricas na população adolescente. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th edn). New York: HarperCollins. Chapter 13.
- Vagos, P., Ribeiro da Silva, D., Brazão, N., Rijo, D., Gilbert, P., (2016) Dimensionality and measurement invariance of the Other as Shamer Scale across diverse adolescent samples. *Personality and individual differences, 98*, 289-296.
- Vieira, C. (2013). *Estudo da Validação e Aferição da versão portuguesa da Escala da Compaixão*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Coimbra: Universidade de Coimbra.

- Warneken, F., & Tomasello, M. (2009). The roots of human altruism. *British Journal of Psychology*, *100*, 455–471. doi:10.1348/000712608X379061
- Williams, M., Dalglish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the Self-compassion Scale. *Psychological Assessment*, *30*, 669–689. doi:10.1037/a0035566.
- Willis, C., Best, C., & Aalsma, C. (2013). Trauma experiences among detained youth: Predictors of recidivism. *Journal of Adolescent Health*, *52*, 53–54. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.10.126

Anexos

Anexo A

CS-A

(CS; Pommier, E., 2012; Versão portuguesa para adolescentes: Castilho, P., Brazão, N., & Xavier, A., 2015)

Como é que, habitualmente, me comporto em relação aos outros?

Instruções: Lê por favor cada afirmação com cuidado antes de responderes.

À direita de cada item/afirmação indica com um X, na coluna correspondente, qual a frequência (número de vezes) com que te comportas dessa forma em momentos difíceis.

Para o efeito, utiliza por favor a seguinte escala de resposta:

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre					
1	2	3	4	5					
					1	2	3	4	5
1. Quando os outros choram à minha frente, a maior parte das vezes, não sinto nada.									
2. Por vezes quando os outros falam sobre os seus problemas, sinto que não me importo com isso.									
3. Não me sinto emocionalmente ligado/próximo a pessoas que estão em sofrimento.									
4. Presto muita atenção quando os outros falam comigo.									
5. Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam os seus problemas, angústias, mágoas ou dificuldades.									
6. Se vejo alguém a passar por um momento difícil, tento ser atencioso e caloroso com essa pessoa.									
7. A maior parte das vezes desligo quando os outros falam sobre os seus problemas.									
8. Gosto de estar com os outros em momentos difíceis.									
9. Percebo quando as pessoas estão chateadas, mesmo quando não dizem nada.									
10. Quando vejo alguém em baixo/abatido, sinto que não consigo estabelecer relação (ou contacto) com essa pessoa.									
11. Toda a gente se sente triste de vez em quando; faz parte de ser-se									

humano.					
12. Por vezes sou uma pessoa fria com os outros quando estes se sentem em baixo e não estão presentes/ausentes.					
13. Costumo ouvir pacientemente os outros quando estes me contam os seus problemas.					
14. Não me preocupo com os problemas dos outros.					
15. É importante reconhecer que todas as pessoas têm defeitos e que ninguém é perfeito.					
16. Sinto-me profundamente solidário com quem está em sofrimento/infeliz.					
17. Apesar de sermos todos diferentes, sei que toda a gente sofre, tal como eu.					
18. Geralmente quando os outros têm problemas deixo que seja outra pessoa a ajudá-los.					
19. Não penso muito sobre as preocupações dos outros.					
20. O sofrimento faz parte da experiência humana (todas as pessoas sofrem).					
21. Quando os outros falam comigo sobre os seus problemas, tento ter uma visão equilibrada da situação.					
22. Não consigo, mesmo, ligar-me aos outros quando estão em sofrimento.					
23. Tento evitar os outros que estão em profundo sofrimento.					
24. Quando os outros estão tristes tento confortá-los.					

Anexo B

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado (a) _____

Estou de acordo em participar num estudo empírico, que está a ser desenvolvido pelo Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

Foi-me garantido que a minha identidade jamais será revelada e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob autoridade delegada pelo investigador responsável.

Concordo que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Assinatura do investigador

Assinatura do participante

Anexo C**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo-assinado (a) _____

Estou de acordo em que o meu/minha filho(a)/educando(a) participe num estudo empírico que está a ser desenvolvido pelo Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Sei que o meu/minha filho(a)/educando(a) é livre de abandonar o estudo, se for esse o seu desejo.

Foi-me garantido que a identidade do meu/minha filho(a)/educando(a) jamais será revelada e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob autoridade delegada pelo investigador responsável.

Concordo que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Assinatura do investigador

Assinatura do encarregado de
educação/ responsável legal
