



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Autocompaixão e regulação emocional na adolescência

Inês Gaspar (e-mail: inesgaspar20@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subespecialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações
Psicológicas e da Saúde sobre a orientação da Professora Doutora
Paula Castilho

Autocompaixão e regulação emocional na adolescência

Inês Francisco Gaspar

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Especialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde)

sob orientação da Professora Doutora Paula Castilho



Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Castilho pelas constantes tranquilizações, pela genica, pelos incentivos e reforços, e por estar sempre presente, mesmo que não fisicamente. Por ser um exemplo para mim e porque gostei de trabalhar consigo, por tornar este ano mais enriquecedor. Agradeço profundamente, também, pelas partilhas acerca de mim, por não se inibir e por o dizer – julgo e espero que isso me mude e me faça crescer.

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia pelos constantes *insights* por vezes dolorosos, mas também libertadores. Aos restantes professores com quem me cruzei, que me mudaram, de alguma forma, pelas partilhas de conhecimentos, de experiências e pelos votos de confiança.

À Dr.^a Ana Xavier e à Dr.^a Cristiana Carvalho pela ajuda e constante disponibilidade neste trabalho de investigação.

Às escolas e seus conselhos diretivos, que me receberam e que se mostraram sempre disponíveis para me orientar, possibilitando a recolha de dados para este estudo. A todos os alunos que participaram nesta investigação e que preencheram o questionário, cumprindo a árdua tarefa de o terminar.

Às minhas amigas: Catarina, Inês, Bastos, Rute e Fabi, companheiras nesta viagem, agradeço pelos planos em cima do joelho, pela boa disposição, pelas cumplicidades, pelos segredos, pelas risadas e pelas jantaradas. Isto sem vocês não teria sido a mesma coisa, obrigada! Um obrigado especial à Catarina, presença constante neste ano, por “aparvalhar” comigo e me fazer descer à terra.

Aos meus colegas de tese e aos restantes colegas de mestrado pelas partilhas de angústias, pelas ajudas, pelos incentivos e por tornarem este ano muito mais enriquecedor e gratificante.

À minha mãe pelas conversas fora de horas, pela partilha de sabedoria e por me mostrar que é sempre possível mudar. Ao meu pai pelo seu amor e carinho incondicionais, pela leveza com que encara as minhas árduas etapas e por sempre me tratar como a sua menina. Ao meu irmão, com quem cresci e aprendi, obrigada por continuares a ser um exemplo importante na minha vida.

A todas as pessoas que me fizeram, que me moldaram e que me construíram, porque eu sou um reflexo vosso e porque me permitiram ser.

Nota introdutória

A adolescência é um tempo de grandes e complexas transições na vida, de alargamento de horizontes e de autodescoberta. Nesta fase, com o desenvolvimento de competências cognitivas, podem surgir preocupações introspectivas, relativas à definição do *eu*, não só presente mas, também, futuro (“Quem sou eu?”, “Quem quero ser?”) (Elliot, & Feldman, 1990; Harter, 1990). Assim, neste processo intrincado de desenvolvimento de competências, para o desempenho de papéis mais adultos, o adolescente fica vulnerável a aspetos como a vergonha, o autocrítico, sentimentos de inferioridade e de inadequação, submissão, entre outros, assim como ao desenvolvimento de psicopatologia (Gilbert, & Irons, 2008).

Deste modo, parece ser essencial o desenvolvimento e a aprendizagem de competências de regulação emocional, que permitam lidar com estas vulnerabilidades e desafios. Uma delas é a autocompaixão. A autocompaixão implica reconhecer que o *eu* é tão merecedor de compaixão como os outros, tolerando o sofrimento deste e experienciando-o numa atitude de carinho e calor, com uma motivação genuína para o diminuir. Assim, a autocompaixão possibilita o aumento de sentimentos de ligação e de conexão aos outros e, a diminuição de sentimentos de separação e de afastamento (Neff, 2003a, 2003b). Esta estratégia de regulação emocional parece, assim estar relacionada com as competências empáticas de sintonia com o estado emocional do próprio e do outro (Gilbert, 2005), assim como com a inteligência emocional (Neff, 2003a; Neff, & Yarnell, 2012).

Neste sentido, a presente dissertação tem como objetivo explorar os aspetos que possam facilitar ou dificultar o desenvolvimento da autocompaixão, como as experiências negativas da infância, a empatia e a alexitimia. Deste modo, este estudo apesar de transversal, pretende perceber que competências poderão facilitar a

aprendizagem da autocompaixão, considerada uma estratégia de auto-regulação emocional chave para a redução do *stress* e promoção de comportamentos pró-sociais.

Artigo

Gaspar, I., & Castilho, P. (2014). *Memórias emocionais negativas, empatia e alexitimia: Como interagem para o emergir da mente compassiva?*

Manuscrito em Preparação

**Memórias emocionais negativas, empatia e alexitimia: Como interagem para o
emergir da mente compassiva?**

Inês Francisco Gaspar¹

Paula Castilho²

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Universidade de Coimbra

²Centro de Investigação Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Inês Gaspar

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: inesgaspar20@gmail.com

Resumo

A autocompaixão é uma estratégia de regulação emocional, que envolve uma atitude compassiva, de calor para com o *eu*, em momentos de sofrimento, e um desejo de cuidar do bem-estar do próprio (Neff, 2003a, 2003b; Gilbert, 2005). A autocompaixão tem sido maioritariamente estudada em adultos, sendo entendida como um fator de proteção face à psicopatologia (MacBeth, & Gumley, 2012). A recordação de sentimentos de subordinação e ameaça parece dificultar o desenvolvimento da autocompaixão (Gilbert, 2005). As competências de empatia e de inteligência emocional parecem associar-se com a autocompaixão. A presente investigação pretende estudar o papel das memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância, da empatia e da alexitimia no desenvolvimento da autocompaixão, em adolescentes, quando os efeitos da depressão e da ansiedade são controlados. Os resultados demonstraram que as componentes da empatia (desconforto pessoal e tomada de perspetiva), seguidas das componentes da alexitimia (dificuldade em identificar sentimentos e dificuldade em descrever sentimentos) são as que mais contribuem para a variância na autocompaixão, e que as memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância apenas predizem a autocompaixão quando se controla o efeito da ansiedade. A dificuldade em identificar sentimentos e emoções moderou a relação entre as memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância e a autocompaixão. Estes resultados sugerem a importância da empatia, i.e., a capacidade de estar em sintonia com os sentimentos do outro, percebendo a sua perspetiva, sem sentir desconforto pessoal pelo sofrimento do outro, e em particular e do processamento emocional – identificar sentimentos e emoções - para o desenvolvimento da autocompaixão.

Palavras-chave: autocompaixão, alexitimia, empatia, memórias emocionais de ameaça e subordinação, adolescência

Abstract

Self-compassion is an emotional regulation strategy that involves a compassionate attitude of warmth towards the self, in moments of suffering, and a desire to care for the personal well-being (Neff, 2003a, 2003b; Gilbert, 2005). Self-compassion has been mostly studied among adults and it has been portrayed as a protection factor against psychopathology (MacBeth, & Gumley, 2012). Apparently, recall of personal feelings of perceived subordination and threat in childhood restrains self-compassion development (Gilbert, 2005). Empathy and emotional intelligence competencies appear to be linked to self-compassion. The present investigation aimed to study the role of recall of personal feelings of perceived subordination and threat in childhood, empathy and alexithymia in the development of self-compassion, in adolescents, when depression and anxiety effects are controlled. The results showed that self-compassion variance is mostly explained by empathy components (personal distress and perspective taking), followed by alexithymia components (difficulties identifying feelings and difficulties in describing feelings). Also recall of personal feelings of perceived subordination and threat in childhood predicted self-compassion, only when the anxiety effects were controlled. Difficulties identifying feelings had a moderator effect in the relationship between recall of personal feelings of perceived subordination and threat in childhood and self-compassion. These results suggest the importance of developing empathy competencies - i.e. the ability to be in tune with other one's feelings, understanding his/her perspective, without feeling personally distressed for the other one's suffering – as well as developing emotional processing competencies – that allows to identify feelings and emotions – for the development of self-compassion.

Key-Words: self-compassion, alexithymia, empathy, emotional memories of threat and subordination in childhood, adolescence

A adolescência é um período de transição, marcado pela rápida maturação física, biológica e cognitiva e, pelo desenvolvimento de competências sociais (Elliott, & Feldman, 1990). Para além disso, a formação da identidade é um processo essencial desta fase, caracterizado pela atuação de diferentes papéis sociais, em diferentes contextos interpessoais, e pelo envolvimento num processo de conciliação destes e, de descoberta do seu *eu verdadeiro*, tendo em conta os *feedbacks* dos outros, mesmo que contraditórios - o *self* que é construído socialmente (Harter, 1990).

Os processos de avaliação e monitorização do *self* em relação com os outros estão relacionados com um mecanismo de comparação e *ranking* social (Gilbert, & Irons, 2008), ou com um processo de estabelecimento da posição do *self* numa hierarquia social (Brown, & Lohr, 1987). Assim, é possível a experiência de sentimentos de frustração e de desapontamento perante o *self* que pode ser percecionado como inferior, potenciando a experiência de sentimentos de vergonha e a adoção de um discurso autocrítico (Gilbert, & Irons, 2008), assim como o medo da rejeição e da exclusão (Irons, & Gilbert, 2005).

Desta forma, torna-se evidente a importância do desenvolvimento de competências que promovam e facilitem a regulação emocional (Gross, 1998), nos adolescentes.

1.1. Autocompaixão na adolescência

Alguns autores perspetivam a autocompaixão, como uma estratégia de regulação emocional, de formas diferentes. Neff (2003a; 2003b; 2011; Neff, & Vonk, 2009), parte da tradição budista para definir a autocompaixão, como uma forma saudável de relação com o próprio, em momentos de sofrimento pessoal, que difere da auto-estima, ao não incluir avaliações relativas ao valor pessoal, assim como da auto-pena e da comiseração

pelo *eu*. Neff (2003a, 2003b) identifica três componentes da autocompaixão, que interagem e que são interdependentes: a) *calor/compreensão*: experimentar sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para conosco próprios, ao contrário de sentimentos de julgamento e de autocriticismo; b) *condição humana*: compreensão de que as experiências de sofrimento e de falhas/erros são comuns a todos os humanos (Neff, & Dahm, 2013); e c) *mindfulness*: ter consciência da ocorrência de pensamentos e sentimentos dolorosos, estando recetivos à experiência dos mesmos, aceitando-os de forma equilibrada, sem nos sobre-identificarmos com estes (Neff, & Dahm, 2013).

Partindo de uma abordagem diferente, da psicologia evolucionária, das neurociências da emoção e da Teoria das Mentalidades Sociais, Gilbert (2000, 2005) tem estudado a autocompaixão, cujas origens, possivelmente, se relacionam com a evolução dos mamíferos (MacLean, 1990), i.e., com a evolução das competências de cuidado parental, para lidar com a ameaça à descendência, relacionando-a com um sistema de calor-afeto, de tranquilização e *soothing* (Depue, & Morrone-Strupinsky, 2005). A autocompaixão inserida na mentalidade social de prestação de cuidados, implica o estabelecimento de relações com os outros, nas quais o sujeito investe tempo e energia, entre outros recursos, envolvendo a motivação para cuidar, a responsividade ao sofrimento do outro, a inibição da agressão, assim como as competências de empatia e simpatia nos humanos (Gilbert, 2000; Gilbert, 2005).

Assim, a autocompaixão implica o desenvolvimento de uma motivação de preocupação e cuidado com o bem-estar pessoal, experienciando sentimentos de calor e carinho para com o *self*, adotando em relação ao próprio sofrimento uma postura de tolerância e de sensibilidade. Esta competência envolve, também, mostrar simpatia e compreensão empática em relação às suas experiências de vida, numa atitude de não julgamento, permitindo, através do calor, a criação de oportunidades de crescimento e

mudança, e a adoção de comportamentos ativos de exploração e criatividade. Apesar de pouco estudada na adolescência, Neff e McGehee (2010) encontraram níveis semelhantes de autocompaixão numa amostra de adolescentes e numa amostra de jovens adultos, tendo surgido como um preditor de saúde mental nos adolescentes e jovens adultos. Num estudo com adolescentes portugueses (Cunha, Xavier, & Vitória, 2013), encontraram-se níveis médios de autocompaixão semelhantes aos encontrados por Neff e McGehee (2010), não obstante as raparigas aparentaram ser menos autocompassivas do que os rapazes. Os estudos da autocompaixão mostram que esta surge como um fator protetor/resiliente da psicopatologia, padrão encontrado em vários estudos (Neff, 2003a, 2003b; Castilho, & Pinto Gouveia, 2011; ver MacBeth, & Gumley, 2012 para uma revisão). Para além disso, a autocompaixão relaciona-se com maior bem-estar psicológico (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011; Neff, 2003b), e com um funcionamento psicológico mais saudável (Neff, 2003a, 2003b; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

1.2. Memórias emocionais e autocompaixão

O desenvolvimento das competências de autocompaixão parece depender das recordações da experiência de sentimentos de calor e de carinho, sendo que os sentimentos de ameaça parecem inibir este desenvolvimento (Gilbert, 2005; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003). De facto, os padrões de relacionamento da criança com os pais (ou outras figuras significativas) vão coreografar a experiência de diferentes combinações de emoções, assim como os esquemas relacionais *eu-outro* e *eu-eu*, influenciando a maturação cerebral (Schore, 1994).

Assim, quando a criança cresce num ambiente seguro e de tranquilização, sendo recorrentes as sensações de *safeness*, vê os outros como capazes de cuidar e de dar

apoio, sente-se segura, amada e passível de ser amada nas relações com os outros, constrói memórias do *eu* em relação com os outros e dos outros em relação com o *eu*, influenciando a formação de conexões neuronais (Schore, 1994), podendo estas ser utilizadas nos processos de auto-avaliação do *self* (Gilbert & Irons, 2005). Assim, este tipo de relacionamento com os outros poderá ser internalizado para o relacionamento do *self* com o *self*, baseado no calor, afeto e auto-tranquilização, permitindo o surgimento e desenvolvimento das competências de compaixão e autocompaixão (Gilbert, 2005; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006).

Por contraste, quando a criança cresce num ambiente hostil e ameaçador, sendo recorrente a vivência de relações de ameaça e subordinação na infância (relações de poder), onde os pais não conseguem estimular sensações de *safeness*, o sistema de *soothing* é pouco estimulado, e o uso recorrente de estratégias defensivas influencia a formação de conexões neuronais de tal forma que o sistema de ameaça-defesa fica hiperativado, aumentando a sensibilidade à ameaça. Nestas condições, são poucas as memórias de ser cuidado e tranquilizado, sendo difícil o surgimento das competências de tranquilização, i.e., das competências de autocompaixão (Gilbert, & Irons, 2005; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006). Para além disso, torna-se provável a internalização dos padrões de relacionamento (dominância-subordinação), que serão adotados na relação do *eu* com o *eu* (*eu* hostil e dominante e *eu* que se submete; Gilbert, 2005), possibilitando o desenvolvimento do autocriticismo (Castilho, 2011; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006).

1.3. Empatia e autocompaixão

A empatia, uma das componentes da compaixão (Gilbert, 2005), permite perceber a mente do outro, ou sentir a mesma emoção que o outro sente (Eisenberg,

2002). Este relacionar automático com as emoções do outro evoluiu nos humanos, por ser importante na regulação das interações sociais, i.e., no coordenar de atividades e na cooperação (de Waal, 2008), assim como na competição e na inveja (Gonzalez-Lienres, Shamay-Tsoory, & Brune, 2013). Verifica-se a distinção entre empatia cognitiva – a capacidade para compreender de forma precisa os estados internos do outro, relacionando-se com constructos como a teoria da mente, a tomada de perspectiva e a autorrepresentação (de Waal, 2008) - e empatia afetiva – a reação emocional semelhante à experiência emocional do outro, ou ao que é esperado que sinta (Eisenberg, 2002; Davis, 1983; Hoffman, 1984).

Défices na empatia mostram-se relacionados com a psicopatologia, nomeadamente défices na empatia cognitiva - Perturbações do espectro do autismo, Perturbação bipolar, Perturbação da Personalidade Borderline –, défices na empatia afetiva - Perturbação de Personalidade Antisocial – e défices na empatia cognitiva e emocional – Esquizofrenia (Gonzalez-Lienres, Shamay-Tsoory, & Brune, 2013). Também o *distress* ao estado emocional do outro tem sido relacionado com a depressão (O'Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002).

A empatia deverá surgir em relações pais-filhos de calor (MacDonald, 1992), assim como perante a ativação da sensação de vinculação segura (Mikulincer et al., 2001). Gilbert (2005) sugere que as competências para a compaixão e as competências relativas à simpatia empática, que permitem o desenvolvimento de estratégias para a formação de relações de cooperação, provavelmente amadurecem em conjunto.

1.4. Alexitimia e autocompaixão

A alexitimia, como traço de personalidade, relaciona-se com a dificuldade em identificar sentimentos e em discriminar estes das sensações corporais associadas à

ativação emocional, a dificuldade em descrever os sentimentos a outras pessoas, uma pobre vida fantasiosa (redução dos processos imaginários, escassez de fantasias), e um estilo cognitivo caracterizado pela orientação para estímulos exteriores (Nemiah, 1976 cit in Taylor, Bagby, & Parker, 2003). Assim, a alexitimia traduz défices de processamento emocional, sendo, deste modo, relacionada com o constructo de inteligência emocional (Taylor, Bagby, & Parker, 1997), i.e., com a capacidade de monitorizar e de discriminar os sentimentos e as emoções do próprio, assim como as dos outros e, de usar a informação proveniente como uma linha orientadora do pensamento e do comportamento (Salovey, & Mayer, 1990). Deste modo, indivíduos alexitímicos são emocionalmente menos inteligentes, falhando na regulação das emoções e, assim, tornando-se escravos destas (Salovey & Mayer, 1990).

Vários estudos têm mostrado que a alexitimia associa-se a algumas perturbações, sendo possível observar traços alexitímicos na Perturbação de Pós-stress traumático, Perturbação de Pânico, Perturbação da personalidade borderline, Perturbação de abuso de substâncias, Perturbações somatoformes (Taylor, Bagby, & Parker, 1997) e na depressão (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000; Kim et al., 2008). Para além disso, há autores que perspetivam a alexitimia como um mecanismo de defesa (Uvnas-Moberg, 1998).

Estudos sugerem que a alexitimia associa-se à falta de preocupação e cuidados maternos percebidos, assim como a um estilo parental intrusivo, negligente e sobreprotetor (Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2011), e um estilo de vinculação ansioso e ambivalente (Oskis et al., 2013), desenvolvendo-se, possivelmente, perante contextos de experiências negativas com a família.

Outros estudos sugerem que a alexitimia está inversamente relacionada com a capacidade empática (Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010), sendo

que indivíduos alexitímicos (mulheres diagnosticadas com perturbação borderline ou anorexia nervosa) aparentam maior desconforto pessoal e menor tomada de perspectiva e preocupação empática, do que indivíduos não alexitímicos (Guttman, & Laporte, 2002). De facto, os indivíduos alexitímicos não vêem os outros como uma fonte de conforto e de apoio, pois não comunicam aos outros o seu desconforto, apresentando, também, défices na resposta empática ao não se conseguirem colocar no lugar do outro e mudar o seu estado emocional de acordo com o do outro (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Noutro estudo, a alexitimia mostrou-se associada ao medo da compaixão para com os outros, e de forma mais robusta, ao medo da compaixão dos outros, e para com o *self*, assim como ao autocriticismo, sendo perspectivada como impeditiva de uma postura *mindful* em relação às emoções (Gilbert et al., 2011).

Não obstante, são poucos os estudos que exploram a relação entre a autocompaixão e a inteligência emocional, e os poucos que existem são em amostras de adultos. Assim, num estudo de Neff (2003a) com uma amostra de adultos, a autocompaixão, como estratégia de regulação emocional, mostrou-se relacionada com competências emocionais de *coping*, com a clarificação dos sentimentos e a capacidade de reparar/lidar com estados emocionais negativos, podendo, deste modo, ser entendida como uma componente importante da inteligência emocional. Parece ser a capacidade de analisar as experiências e emoções negativas sem as julgar ou evitar, impedindo a sobre-identificação com estas e, encarando-as como algo normal e comum à experiência humana, que permite um processamento mais eficaz das emoções. De facto, num estudo de Neff, Kirkpatrick e Rude (2007), os autores encontraram que os adultos mais autocompassivos reportam menos ansiedade, após considerarem as suas maiores fraquezas. Para além disso, a autocompaixão tem sido, também, relacionada com o comportamento social mais inteligente – a resolução equilibrada de conflitos, tendo em

conta as necessidades do outro e do *self* (Neff, & Yarnell, 2012). Assim, indivíduos com maiores competências de inteligência emocional serão menos alexitímicos (Salovey, & Mayer, 1990), mais empáticos, e mais autocompassivos (Neff, 2003a).

Tendo em conta a literatura acerca da autocompaixão e o maior número de estudos em amostras de adultos, torna-se pertinente explorar melhor este constructo e a sua importância na adolescência. Especificamente, clarificar e compreender melhor os fatores que facilitam ou dificultam o seu desenvolvimento, nomeadamente a dificuldade de processamento emocional (alexitimia) e a empatia, em adolescentes. Assim, a presente investigação, pretende explorar a relação de memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância, da empatia, da alexitimia e da autocompaixão e, estudar o possível contributo destas variáveis no desenvolvimento da autocompaixão, quando os efeitos da depressão e da ansiedade são controlados. Por fim, este estudo visa ainda testar o papel moderador da alexitimia na relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância e a autocompaixão.

II - Método

2.1. Participantes

A amostra é constituída por 605 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sendo a média de idades de 14.96 (DP = 1.69) anos, e a média de anos de escolaridade de 8.55 (DP = 1.56). Os participantes frequentam o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário (do 7º ao 12º ano, incluindo cursos profissionais), de várias escolas da região centro do país, incluindo o ensino público e privado.

Do total da amostra 280 são rapazes (46.3%) e 324 são raparigas (53.6%), em que os rapazes e as raparigas não se diferenciam relativamente à idade, $t_{(601)} = 1.53$, $p >$

.05, e aos anos de escolaridade, $t_{(602)} = -0.16$, $p > .05$. Na Tabela 1 é possível consultar as características demográficas da amostra.

Tabela 1

Características demográficas da amostra (N = 605)

| | Masculino (n = 280) | | Feminino (n = 324) | | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------|---------------------|-----------|--------------------|-----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | |
| Idade | 15.08 | 1.73 | 14.86 | 1.65 | 1.53 | .127 |
| Anos Escolaridade | 8.54 | 1.53 | 8.56 | 1.59 | -0.16 | .876 |

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão

2.2. Instrumentos

Índice de Reatividade Interpessoal (IRI; Davis, 1980; Adaptação portuguesa de Limpo, Alves, & Castro, 2010) é uma escala de autorresposta que avalia a empatia, contém 28 itens e apresenta quatro subescalas (cada uma com 7 itens), sendo que a escala portuguesa é constituída por 24 itens (6 itens por cada subescala), por revelar um melhor ajustamento aos dados portugueses. As subescalas são relativas a conceitos globais da empatia: *Tomada de Perspetiva* – avalia a tendência para adotar, de forma espontânea, a perspetiva dos outros (e.g., “De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros”); *Fantasia* – tendência para se imaginar em situações fictícias (sentimentos e ações de uma personagem de um livro/filme; e.g., “Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.”); *Preocupação Empática* – avalia a experiência de sentimentos de compaixão e preocupação orientados para o outro (e.g., “Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.”); *Desconforto Pessoal* – avalia sentimentos de ansiedade e apreensão orientados para o *self*, em contextos interpessoais tensos (e.g., “Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva.”). As subescalas *Preocupação Empática* e o *Desconforto Pessoal* medem reações emocionais típicas dos sujeitos ao outro. Em cada afirmação, o sujeito indica em que medida esta se

aplica a si, usando uma escala de 5 pontos, que varia entre 0 - Não me descreve bem e 4 - Descreve-me muito bem. A escala original, demonstrou boa consistência interna, com valores de alfa para a Tomada de Perspetiva de .71 (homens) e .75 (mulheres), para a Fantasia de .78 (homens) e .79 (mulheres), para a Preocupação Empática de .68 (homens) e .73 (mulheres) e para a Desconforto Pessoal de .77 (homens) e .75 (mulheres). O IRI português demonstrou boa consistência interna, com alfas de Cronbach para a Tomada de Perspetiva de .73, Fantasia de .84, Preocupação Empática de .76 e Desconforto Pessoal de .80. No presente estudo, as subescalas apresentaram uma adequada consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de .65 para a Tomada de Perspetiva, de .80 para a Fantasia, de .67 para a Preocupação Empática e de .73 para o Desconforto Pessoal.

Escala de Experiências de Vida na Infância para adolescentes (Early Life Experiences Scale for Adolescents - ELES-A; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003; versão para adolescentes por Pinto-Gouveia, Xavier, & Cunha, 2013) pretende medir a recordação de sentimentos de ameaça e de subordinação na infância, no contexto familiar, tendo por base a Teoria do *Ranking* Social. A ELES-A é constituída por 15 itens, que se dividem por três subescalas: a) ameaça – avalia a recordação de ameaças percebidas no ambiente familiar, relativamente às figuras de vinculação (6 itens; e.g., “O ambiente em minha casa poderia subitamente ficar perigoso sem uma razão óbvia para isso acontecer.”); b) submissão – avalia recordações em que o adolescente experimentou sentimentos de subordinação face às figuras de vinculação e teve comportamentos de submissão perante as mesmas (6 itens; e.g., “Em minha casa tinha que ceder frequentemente perante os outros.”); c) (des)valorização – avalia a recordação de situações em que o adolescente experimentou sentimentos de igualdade e de tranquilidade/relaxamento na família (3 itens positivos recodificados; e.g., “Sentia-

me um membro em “pé de igualdade” com os outros membros da família.”). Para cada afirmação, o sujeito tem de avaliar a frequência e a veracidade da situação exposta, em relação à sua experiência na infância, utilizando uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1 - Completamente falso; 5 - Muito verdadeiro). A escala original demonstrou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de .92 para o resultado total, assim como a adaptação portuguesa para adolescentes, com alfa de Cronbach de .86 para o resultado total. No presente estudo verificou-se um bom índice de consistência interna, com alfa de Cronbach de .86 para o resultado total.

Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (Toronto Alexithymia Scale – 20 itens TAS-20; Original de Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993; Adaptação portuguesa de Praceres, Parker, & Taylor, 2000) é um instrumento de autoavaliação de 20 itens, que permite medir a alexitimia. O indivíduo deve responder em função do grau em que concorda com as afirmações apresentadas, utilizando, para tal, uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1 - Discordo totalmente e 5 - Concordo totalmente). Esta medida apresenta três fatores (que se mantiveram na tradução portuguesa), que coincidem com as definições do constructo de alexitimia: Fator 1 – Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da ativação emocional; Fator 2 – Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; e o Fator 3 – Estilo de pensamento orientado para o exterior. A escala original demonstrou valores aceitáveis de consistência interna, com alfas de Cronbach de .78 para o fator 1, .73 para o fator 2 e .64 para o fator 3, sendo o valor de alfa de Cronbach para a escala total de .79. A adaptação portuguesa da escala (para uma amostra de estudantes universitários) apresentou uma adequada consistência interna, sendo o alfa de Cronbach para a escala total de .79, para o fator 1 de .83, para o fator 2 de .65 e para o fator 3 de .60. No presente estudo, o fator 1 e 2 mostraram uma adequada consistência interna com valores

de alfa de Cronbach de, respetivamente, .82 e .69, não obstante, o fator 3 revelou uma consistência interna inaceitável, com o alfa de Cronbach de .26 (um padrão que foi encontrado noutras traduções e adaptações desta medida, cf. Taylor et al., 2003 para uma revisão), pelo que este fator não foi utilizado nas análises subsequentes.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress – EADS 21 (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) é uma versão reduzida da escala Depression Anxiety and Stress Scale de 42 itens (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995). Esta medida de autorresposta apresenta 21 itens que se dividem por três subescalas (com 7 itens cada), que avaliam, utilizando uma escala de Likert de 4 pontos (0 – não se aplicou nada a mim e 4 – aplicou-se muito a mim), a sintomatologia depressiva, de ansiedade e de stress. A escala original apresentou uma boa consistência interna, com alfas de Cronbach de .94 para a subescala depressão, .87 para a subescala ansiedade, .91 para a subescala stress. A versão portuguesa demonstrou boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de .85 para a subescala depressão, .74 para a subescala ansiedade e .81 para a subescala stress. No presente estudo, as subescalas apresentaram, também, boa consistência interna com alfas de Cronbach de para a subescala depressão, ansiedade e stress de, respetivamente, .84, .80 e .87.

Escala de Autocompaixão para adolescentes – SCS-A (Self-Compassion Scale, SCS, Neff, 2003a; tradução e adaptação para a população portuguesa de Cunha, Xavier & Vitória, 2013) é um instrumento de autorresposta, que avalia a autocompaixão em 26 itens, utilizando seis subescalas diferentes: *Calor/compreensão* (e.g., “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto”); *Auto-Crítica* (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”); *Mindfulness* (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter

uma visão equilibrada da situação”); *Sobre Identificação* (e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”); *Humanidade Comum* (e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”); e, por último, *Isolamento* (e.g., “Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”). O sujeito deve responder a cada item, utilizando uma escala de 5 pontos, variando de “Quase nunca” a “Quase sempre”. A medida original apresentou boa consistência interna, com alfa de *Cronbach* para a escala total de .92. Relativamente à versão portuguesa para adolescentes, esta, também, demonstrou boa consistência interna com alfa de *Cronbach* para a escala total de .85. No presente estudo, o valor do alfa de *Cronbach* foi de .90 para a escala total demonstrando uma boa consistência interna nesta amostra.

2.3. Procedimento metodológico

A passagem dos questionários foi realizada após a recolha das autorizações por parte dos conselhos executivos de cada escola e dos consentimentos informados assinados pelos Encarregados de Educação. Os participantes responderam individualmente a um protocolo, no contexto de sala de aula e na presença do investigador, demorando cerca de 30 minutos. Os objetivos do estudo foram explicados aos alunos, esclarecendo que a sua participação era voluntária, anónima e confidencial.

Para uma mais rápida e facilitada introdução das respostas na base de dados recorreu-se ao programa informático de leitura ótica *Cardiff TELEform*, sendo que o protocolo foi construído neste programa, de forma a permitir o reconhecimento e a leitura do mesmo.

2.4. Estratégia analítica

O desenho deste estudo é de natureza transversal. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através da utilização do programa *IBM SPSS Statistics 20* para *Windows*. Na análise preliminar do estudo foi analisado o pressuposto da distribuição normal, recorrendo ao teste de Kolmogorov-Smirnov e aos valores de achatamento (Skewness) e curtose (Kurtosis). Foram, também, analisadas as possíveis observações extremas, recorrendo às representações gráficas dos resultados.

Para avaliar as diferenças nas médias de idade e de anos de escolaridade entre rapazes e raparigas (dois grupos independentes), recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes, considerando-se as diferenças entre as médias estatisticamente significativas para valores de significância (*p-value*) iguais ou inferiores a .05 (Maroco, 2010). Para tal, os pressupostos exigidos para a utilização deste teste, relativos à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias, foram analisados. Para além disso, este teste também foi utilizado para explorar as diferenças das médias entre rapazes e raparigas, para as diferentes variáveis do presente estudo, sendo que se recorreu, posteriormente, ao teste do D de Cohen, para perceber o tamanho destas diferenças.

Relativamente ao estudo de natureza correlacional, para estudar as associações entre as diferentes variáveis, foram realizadas matrizes de correlação de Pearson. Para a análise dos tamanhos dos efeitos das correlações foram tidas em conta as sugestões de Cohen (1992), em que $r = .10$ corresponde a um efeito pequeno/baixo, $r = .30$ corresponde a um efeito moderado e $r = .50$ corresponde a um efeito elevado.

De seguida realizaram-se modelos de regressões lineares múltiplas para analisar a contribuição da ansiedade, da depressão, da empatia e da alexitimia no desenvolvimento da autocompaixão. Para tal, foram analisados os pressupostos para a

utilização destes testes: a linearidade, a homocedasticidade, a autocorrelação e a normalidade dos resíduos; a independência dos erros (valores do teste Durbin-Watson entre 1.773 e 2.230); e a multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$). Assim, concluiu-se pela adequabilidade dos dados para a realização de análises de regressão.

Por último, pretendeu-se explorar o possível efeito moderador da dificuldade em identificar sentimentos na relação entre as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância e a autocompaixão, assim como o efeito moderador da dificuldade em descrever sentimentos na relação entre as variáveis supracitada. Deste modo, realizaram-se análises de regressões múltiplas hierárquicas, onde (1) as memórias emocionais de subordinação e de ameaça, a (2) dificuldade em identificar sentimentos (ou a dificuldade em descrever sentimentos) e a interação entre estas duas variáveis [(1) X (2)] são predictoras contínuas da autocompaixão (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Procedeu-se à centralização dos valores dos preditores, como tentativa de redução do erro associado à multicolinearidade e, a variável da interação foi calculada multiplicando os valores centrados das variáveis supracitadas (Aiken, & West, 1991). Posteriormente, construiu-se um gráfico para melhor compreender a relação entre as variáveis predictoras (incluindo a interação) e a variável *outcome* (Aiken, & West, 1991), utilizando as variáveis não centradas para conseguir uma aproximação aos valores reais dos sujeitos. Deste modo, e tendo em conta a ausência de pontos de corte teóricos, optou-se por seguir as recomendações de Cohen e colegas (2003) e criar três curvas (alto, médio/moderado e baixo), relativas à variável interação no eixo dos XX: um desvio-padrão abaixo da média, a média e um desvio-padrão acima da média. Para perceber se os declives das curvas são diferentes de zero, i.e., foram calculados testes *t* de Student.

III - Resultados

3.1. Análise preliminar dos dados

Nesta fase, pretendeu-se avaliar a normalidade das variáveis, recorrendo-se à análise dos resultados no Teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como o enviesamento em relação à média, avaliando os valores das medidas de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*). Os resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov sugerem que as variáveis não apresentam uma distribuição normal (K-S, $p \leq .001$), exceto a autocompaixão (SCS Total; K-S, $p > .05$). No entanto, ao avaliar os valores de assimetria (que variam entre -.41 e 1.03) e os valores de achatamento (que variam entre -.68 e .71) é possível concluir, de acordo com Kline (1998) que as variáveis não apresentam um enviesamento sério ou que comprometa a distribuição normal ($|\text{Skewness}| < 3$; $|\text{Kurtosis}| < 8-10$). Desta forma, foram utilizados testes paramétricos pois estes mostram-se robustos perante violações da normalidade das variáveis (Maroco, 2010).

A análise dos *outliers* realizou-se através das representações gráficas dos resultados (Diagramas de Extremos e Quartis-Box Plot), o que permitiu identificar algumas observações extremas, que foram mantidas já que não interferem com as análises estatísticas realizadas (Tabachnick, & Fidell, 2007).

3.2. Estatísticas descritivas

3.2.1. Influência da variável sexo

Na tabela 2 encontram-se as estatísticas descritivas para as variáveis em estudo e os testes t de Student em função do sexo, para uma melhor compreensão das diferenças entre rapazes e raparigas, relativamente aos resultados médios. A média foi utilizada como medida de tendência central e o desvio-padrão como medida de dispersão, e

ambas foram calculadas quer para a amostra total quer separadamente, para rapazes e raparigas.

Tabela 2

Médias e desvios-padrão para todos os sujeitos (n = 605) e para homens e mulheres, com testes de t de Student para as diferenças entre homens e mulheres, e respetivos tamanhos dos efeitos das diferenças (D de Cohen)

| Variáveis | Total (n = 605) | | Masculino (n = 280) | | Feminino (n = 324) | | t | p | η^2 |
|---|--------------------|------|------------------------|------|-----------------------|-------|--------|------|----------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | | | |
| Tomada de Perspetiva (IRI) | 15.01 | 3.76 | 14.56 | 3.67 | 15.41 | 3.81 | -2.860 | .004 | -.254 |
| Preocupação empática (IRI) | 16.49 | 3.86 | 15.20 | 3.77 | 17.62 | 3.60 | -8.391 | .000 | -.657 |
| Desconforto Pessoal (IRI) | 11.65 | 4.67 | 9.99 | 4.42 | 13.12 | 4.41 | -9.029 | .000 | -.709 |
| Fantasia (IRI) | 12.98 | 5.53 | 11.04 | 5.23 | 14.66 | 5.24 | -8.795 | .000 | -.792 |
| ELES-A Total | 33.23 | 9.97 | 34.23 | 9.65 | 32.35 | 10.18 | 2.314 | .021 | .189 |
| SCS-A Total | 2.94 | .60 | 3.06 | .55 | 2.84 | .62 | 4.489 | .000 | .375 |
| Dificuldade em Identificar Sentimentos (TAS 20) | 20.20 | 6.36 | 18.79 | 5.91 | 21.39 | 6.48 | -5.124 | .000 | -.419 |
| Dificuldade em Descrever Sentimentos (TAS 20) | 15.18 | 4.23 | 14.52 | 4.03 | 15.73 | 4.32 | -3.562 | .000 | -.289 |

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão; IRI = Índice de Reactividade Interpessoal; ELES-A = Escala de Experiências de Vida na Infância para Adolescentes; SCS-A = Escala de Autocompaixão para Adolescentes; TAS 20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens.

Os resultados mostram que as raparigas apresentam níveis mais altos de empatia do que os rapazes, nas quatro subescalas do IRI, e que estas diferenças são estatisticamente significativas: Tomada de Perspetiva, $t_{(648)} = -2.860$, $p = .004$, $\eta^2 = -.254$; Preocupação Empática, $t_{(648)} = -8.391$, $p < .001$, $\eta^2 = -.657$; Desconforto Pessoal, $t_{(648)} = -9.029$, $p < .001$, $\eta^2 = -.709$; e Fantasia, $t_{(648)} = -8.795$, $p < .001$, $\eta^2 = -.792$. Para além disso, as raparigas recordam menos sentirem-se ameaçadas e subordinadas na

infância (ELES-A Total: $t_{(602)} = 2.314$, $p < .05$, $\eta^2 = .189$), são menos autocompassivas ($t_{(602)} = 4.489$, $p < .001$; $\eta^2 = .375$), e apresentam uma maior dificuldade na identificação de sentimentos e emoções ($t_{(602)} = -5.124$, $p < .001$; $\eta^2 = -.419$) e na descrição de sentimentos e emoções ($t_{(602)} = -3.562$, $p < .001$; $\eta^2 = -.289$) de sentimentos, do que os rapazes.

Dada a existência de diferenças na variável *outcome* (autocompaixão) em relação ao gênero, optou-se por controlar o seu efeito através de uma análise de regressão múltipla hierárquica. Os resultados demonstram que, apesar do sexo ser um preditor significativo da Autocompaixão (SCS-A Total), quando as restantes variáveis preditoras são introduzidas no modelo (ELES-A Total, IRI e TAS 20), estas predizem de forma significativa a Autocompaixão e, o sexo perde o seu papel preditor. Assim, as análises estatísticas subsequentes foram realizadas com a totalidade da amostra.

3.2.2. Influência da variável idade e anos de escolaridade

Para analisar a associação entre as restantes variáveis demográficas e a variável em estudo (SCS-A Total), foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson*, para a idade e os anos de escolaridade.

A idade mostrou-se correlacionada com o total da escala de autocompaixão (SCS-A), com uma magnitude de correlação baixa e no sentido negativo ($r = -.17$, $p < .001$). Relativamente aos anos de escolaridade, a autocompaixão correlacionou-se de forma significativa (SCS-A; $r = -.19$, $p < .001$), com um coeficiente de correlação baixo e negativo.

Apesar destes resultados sugerirem uma tendência para adolescentes mais velhos e com mais escolaridade serem menos autocompassivos, os valores baixos dos coeficientes de correlação obtidos não permitem concluir a existência de uma

associação entre estas variáveis (Pestana, & Gageiro, 2005). De facto, calculando os coeficientes de determinação verifica-se que a idade ($r^2 = .029$) e a escolaridade ($r^2 = .036$) explicam, cada uma, menos de 5% da variância da autocompaixão.

3.3. Análises de correlação

De forma a analisar a relação entre a autocompaixão (SCS-A), as memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A), a empatia (IRI), a alexitimia (TAS 20) os sintomas de ansiedade e de depressão (EADS 21) foram calculadas correlações de *Pearson* entre estas variáveis. Os coeficientes de correlação são apresentados na Tabela 3 (cf. Anexo A).

Memórias Emocionais de Ameaça e Subordinação e Autocompaixão

A autocompaixão mostrou-se significativamente associada com as memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância ($r = -.29$; $p \leq .01$), com uma magnitude de correlação moderada e no sentido esperado o que sugere que os adolescentes que recordam terem-se sentido ameaçados e subordinados na sua infância pelas figuras parentais apresentam níveis mais baixos de autocompaixão.

Empatia e Autocompaixão

A autocompaixão mostrou-se correlacionada com a subescala tomada de perspectiva ($r = .27$; $p \leq .01$) e com a subescala desconforto pessoal ($r = -.41$; $p \leq .01$), em que esta última subescala apresenta um coeficiente de correlação mais expressivo. Estes valores baixos a moderados de correlação correspondem, em termos do sentido da relação, com o que era esperado, sugerindo que os indivíduos com níveis mais altos de autocompaixão tendem, por um lado, a adotar espontaneamente a perspectiva do outro e,

por outro, a sentirem-se menos ansiosos e preocupados ao lidarem com o sofrimento do outro.

A autocompaixão também se mostrou associada à subescala fantasia ($r = -.19$; $p \leq .01$) e à subescala preocupação empática ($r = -.14$; $p \leq .01$), com magnitudes de correlação muito baixas. Estes resultados sugerem que os adolescentes com níveis mais altos de autocompaixão tendem a imaginarem-se menos em situações fictícias e a experienciarem preocupação empática pelos outros. Contudo, estes dados devem ser interpretados com cautela tendo em conta que os coeficientes de correlação obtidos são muito baixos (Pestana, & Gageiro, 2005).

Alexitimia e Autocompaixão

A autocompaixão mostrou-se moderada, negativa e significativamente associada com os dois fatores da Escala de Alexitimia de Toronto (20 itens), nomeadamente com a subescala dificuldade em identificar sentimentos ($r = -.49$; $p \leq .01$) e com a subescala dificuldade em descrever sentimentos ($r = -.44$; $p \leq .01$). Isto indica que níveis mais altos de autocompaixão associam-se a níveis mais baixos de alexitimia. Adolescentes mais autocompassivos têm menos dificuldades no processamento emocional, i.e., apresentam níveis mais baixos na identificação e na descrição dos seus próprios sentimentos e emoções.

Depressão, Ansiedade e Autocompaixão

Por fim, verificou-se que a autocompaixão apresenta correlações significativas, altas com a depressão ($r = -.50$; $p \leq .01$) e moderadas com a ansiedade ($r = -.45$; $p \leq .01$), no sentido esperado, o que indica que os adolescentes que reportam um maior

número de sintomas depressivos e ansiógenos, apresentam, também, níveis mais baixos de autocompaixão.

3.4. Estudo de preditores da autocompaixão

Tendo em conta as correlações obtidas entre a autocompaixão e as restantes variáveis, pretendeu-se estudar a contribuição relativa das memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância, da empatia, da dificuldade em identificar sentimentos e da dificuldade em descrever sentimentos, na autocompaixão. Para o efeito, realizaram-se regressões lineares múltiplas hierárquicas. A depressão e ansiedade, medidas pela EADS 21, entram no modelo de regressão como co-variáveis.

3.4.1. O papel preditor das memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância, da empatia e da alexitimia na Autocompaixão, controlando a depressão

Realizou-se uma regressão múltipla hierárquica, com os seguintes passos: 1) a variável depressão entrou como preditor da autocompaixão; 2) a variável memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A Total) foi introduzida como preditor da autocompaixão; 3) a Tomada de Perspetiva (IRI), o Desconforto Pessoal (IRI) e a Fantasia (IRI) foram introduzidas como preditores da autocompaixão; 4) a dificuldade em identificar sentimentos e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20) entraram, no modelo, como preditores da autocompaixão. Na Tabela 4 são apresentados os dados da regressão.

Os resultados demonstram que, no primeiro passo, a depressão (EADS 21) surge como um preditor significativo da autocompaixão (SCS-A), explicando 24.7% da variância desta ($F_{(1,603)} = 198.798$; $p < .001$) e, apresenta um $\beta = -.498$. No segundo

passo, com a introdução da variável das memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A) no modelo, este explica 26.4% da variância na autocompaixão ($F_{(1,602)} = 14.956$; $p < .001$), sendo a depressão o preditor mais robusto ($\beta = -.451$, $p < .001$), seguida das memórias de subordinação e ameaça na infância ($\beta = -.143$, $p < .001$). O terceiro passo, que introduz a empatia (IRI), explica 41.1% da variância na autocompaixão ($F_{(3,599)} = 51.294$; $p < .001$), surgindo a depressão (EADS 21) como o preditor mais robusto ($\beta = -.387$, $p < .001$), seguido do desconforto pessoal (IRI; $\beta = -.269$, $p < .001$), da tomada de perspectiva (IRI; $\beta = .216$, $p < .001$), da fantasia (IRI; $\beta = -.133$, $p < .001$) e das memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A; $\beta = -.100$, $p < .01$). O quarto passo, que introduz a dificuldade de identificar sentimentos e a dificuldade de descrever sentimentos (TAS 20) no modelo, explica 43.5% da variância da autocompaixão ($F_{(2,597)} = 13.817$; $p < .001$), indicando um acréscimo de quase o dobro nesta percentagem, relativamente ao passo 1. Neste último passo, a variável depressão (EADS 21) é a que contribui de forma mais expressiva para a variância da autocompaixão, apresentando o valor de β mais robusto ($\beta = -.299$, $p < .001$), seguido da variável desconforto pessoal (IRI; $\beta = -.236$, $p < .001$), da tomada de perspectiva (IRI; $\beta = .205$, $p < .001$), da dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20; $\beta = -.123$, $p < .05$), da dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20; $\beta = -.098$, $p < .05$) e da fantasia (IRI; $\beta = -.096$, $p < .01$).

Tabela 4

Análise de regressão múltipla hierárquica, com a depressão (EADS 21), as memórias emocionais, de ameaça e de subordinação na infância (ELES-A), a Tomada de Perspetiva (IRI), o Desconforto Pessoal (IRI), a Fantasia (IRI), a dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20) e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20) - variáveis independentes -, a predizerem a autocompaixão (SCS-A Total) - variável dependente (n = 605)

| Preditores | R | R ² | R ² ajustado | F | β | t | p |
|---|------|----------------|----------------------------|---------|-------|---------|------|
| Modelo 1 | .498 | .248 | .247 | 198.798 | | | .000 |
| Depressão (EADS 21) | | | | | -.498 | -14.100 | .000 |
| Modelo 2 | .516 | .266 | .264 | 14.956 | | | .000 |
| Depressão (EADS 21) | | | | | -.451 | -12.214 | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.143 | -3.867 | .000 |
| Modelo 3 | .645 | .416 | .411 | 51.294 | | | .000 |
| Depressão (EADS 21) | | | | | -.387 | -11.565 | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.100 | -3.021 | .003 |
| Tomada de Perspetiva (IRI) | | | | | .216 | 6.752 | .000 |
| Desconforto Pessoal (IRI) | | | | | -.269 | -8.125 | .000 |
| Fantasia (IRI) | | | | | -.133 | -4.061 | .000 |
| Modelo 4 | .665 | .442 | .435 | 13.817 | | | .000 |
| Depressão (EADS 21) | | | | | -.299 | -8.080 | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.064 | -1.917 | .056 |
| Tomada de Perspetiva (IRI) | | | | | .205 | 6.511 | .000 |
| Desconforto Pessoal (IRI) | | | | | -.236 | -7.144 | .000 |
| Fantasia (IRI) | | | | | -.096 | -2.930 | .004 |
| Dificuldade em Identificar Sentimentos (TAS 20) | | | | | -.123 | -2.535 | .011 |
| Dificuldade em Descrever Sentimentos (TAS 20) | | | | | -.098 | -2.231 | .026 |

Nota. EADS 21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, de 21 itens; IRI = Índice de Reactividade Interpessoal; ELES-A = Escala de Experiências de Vida na Infância para Adolescentes; SCS-A = Escala de Autocompaixão para Adolescentes; TAS 20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens.

3.4.2. O papel preditor das memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância, a empatia e a alexitimia na Autocompaixão, controlando a ansiedade

De seguida, foi calculada uma regressão múltipla hierárquica, constituída pelos seguintes passos: 1) a variável ansiedade entrou como preditor da autocompaixão; 2) a variável memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A

Total) foi introduzida como preditor da autocompaixão; 3) as variáveis Tomada de Perspetiva (IRI), o Desconforto Pessoal (IRI) e a Fantasia (IRI) foram introduzidas como preditores da autocompaixão; 4) a dificuldade em identificar sentimentos e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20) entraram, no modelo, como preditores da autocompaixão. Os dados da regressão podem ser consultados na Tabela 5.

Os resultados das análises de regressão sugerem que o modelo no seu todo explica 41.6% da variância da autocompaixão ($F_{(2,597)} = 22.018$; $p < .001$). No primeiro passo, a depressão (EADS 21) surge como um preditor significativo da autocompaixão (SCS-A), explicando 19.7% da variância desta ($F_{(1,603)} = 149.474$; $p < .001$) e, apresenta um β de $-.446$. No segundo passo, com a introdução da variável das memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A) no modelo, este explica 22.7% da variância na autocompaixão ($F_{(1,602)} = 23.848$; $p < .001$), sendo a ansiedade o preditor mais robusto ($\beta = -.396$; $p < .001$), seguido das memórias de subordinação e ameaça na infância ($\beta = -.182$; $p < .001$). O terceiro passo, que introduz a empatia (IRI), explica 37.5% da variância na autocompaixão ($F_{(3,599)} = 48.460$; $p < .001$), surgindo a ansiedade (EADS 21) como o preditor mais robusto ($\beta = -.326$; $p < .001$), seguido do desconforto pessoal (IRI; $\beta = -.266$; $p < .001$), da tomada de perspetiva (IRI; $\beta = .238$; $p < .001$), das memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A; $\beta = -.137$; $p < .001$) e da fantasia (IRI; $\beta = -.111$; $p = .001$). Por fim, no quarto passo, a variável ansiedade (EADS 21) surge como o melhor preditor ($\beta = -.236$; $p < .001$), seguido da variável desconforto pessoal (IRI; $\beta = -.226$; $p < .001$), da tomada de perspetiva (IRI; $\beta = .218$; $p < .001$), da dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20; $\beta = -.154$; $p < .01$), da dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20; $\beta = -.120$; $p < .01$), das memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A; $\beta = -.081$; $p < .05$) e da fantasia (IRI; $\beta = -.072$; $p < .05$).

Tabela 5

Análise de regressão múltipla hierárquica, com a ansiedade (EADS 21), as memórias emocionais, de ameaça e de subordinação na infância (ELES-A), a Tomada de Perspetiva (IRI), o Desconforto Pessoal (IRI), a Fantasia (IRI), a dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20) e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20) - variáveis independentes -, a predizerem a autocompaixão (SCS-A Total) - variável dependente (n = 605)

| Preditores | R | R ² | R ² ajustado | F | β | t | p |
|---|------|----------------|----------------------------|---------|-------|---------|------|
| Modelo 1 | .446 | .199 | .197 | 149.474 | | | .000 |
| Ansiedade (EADS 21) | | | | | -.446 | -12.226 | .000 |
| Modelo 2 | .479 | .229 | .227 | 23.848 | | | .000 |
| Ansiedade (EADS 21) | | | | | -.396 | -10.636 | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.182 | -4.883 | .000 |
| Modelo 3 | .616 | .380 | .375 | 48.460 | | | .000 |
| Ansiedade (EADS 21) | | | | | -.326 | -9.524 | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.137 | -4.050 | .000 |
| Tomada de Perspetiva (IRI) | | | | | .238 | 7.210 | .000 |
| Desconforto Pessoal (IRI) | | | | | -.266 | -7.769 | .000 |
| Fantasia (IRI) | | | | | -.111 | -3.274 | .001 |
| Modelo 4 | .650 | .422 | .416 | 22.018 | | | .000 |
| Ansiedade (EADS 21) | | | | | -.236 | -6.538 | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.081 | -2.398 | .017 |
| Tomada de Perspetiva (IRI) | | | | | .218 | 6.795 | .000 |
| Desconforto Pessoal (IRI) | | | | | -.226 | -6.708 | .000 |
| Fantasia (IRI) | | | | | -.072 | -2.149 | .032 |
| Dificuldade em Identificar Sentimentos (TAS 20) | | | | | -.154 | -3.132 | .002 |
| Dificuldade em Descrever Sentimentos (TAS 20) | | | | | -.120 | -2.693 | .007 |

Nota. EADS 21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, de 21 itens; IRI = Índice de Reactividade Interpessoal; ELES-A = Escala de Experiências de Vida na Infância para Adolescentes; SCS-A = Escala de Autocompaixão para Adolescentes; TAS 20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens.

3.5. O impacto da alexitimia na relação entre as memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância e a autocompaixão

Com base nos dados obtidos e, tendo em conta, a literatura e os poucos estudos existentes, tentou-se perceber melhor o impacto das capacidades de processamento emocional (alexitimia) na relação entre as memórias de subordinação e ameaça na infância e a autocompaixão. Assim, pretendeu-se estudar se, e de que forma, a relação

entre as memórias emocionais de subordinação na infância e a autocompaixão difere, face a diferentes níveis de alexitimia, i.e., o possível efeito moderador da alexitimia na relação entre as memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância e a autocompaixão.

3.5.1. O efeito moderador da dificuldade em identificar sentimentos na relação entre as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância e a autocompaixão

Assim, e tendo em conta o procedimento descrito anteriormente, realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica com três passos: 1) a variável relativa às memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A Total) foi introduzida como preditora da autocompaixão; 2) ao preditor anterior adicionou-se a variável Dificuldade na Identificação de Sentimentos (TAS 20); 3) aos dois preditores do passo 2 juntou-se como terceiro preditor a interação entre estas mesmas variáveis (ELES-A Total X TAS 20). Como se pode constatar, na Tabela 6, os três passos mostraram-se estatisticamente significativos, incluindo a interação das duas variáveis ($R^2 = .263$; $F_{(1,601)} = 9.141$; $p = .003$), indicando a significância estatística do modelo.

Acresce ainda que, cada preditor, nos 3 passos do modelo, prediz de forma significativa a autocompaixão, o que se pode verificar pelos coeficientes de regressão (cf. Tabela 6). O valor do coeficiente de regressão da interação entre as memórias de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A) e a dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20) ($\beta = .107$; $t_{(604)} = 3.023$; $p = .003$) sugere que a dificuldade em identificar sentimentos modera a relação entre as memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância, e a autocompaixão.

Tabela 6

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica e respectivos coeficientes de regressão, com as memórias emocionais, de ameaça e de subordinação (ELES-A) a predizerem os níveis de autocompaixão (SCS-A), e a dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20) como moderador (n = 605)

| Preditores | R | R ² | R ² ajustado | F | β | t | p |
|--|------|----------------|----------------------------|---------|-------|---------|------|
| Modelo 1 | .290 | .084 | .083 | 55.534 | | | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.290 | -7.452 | .000 |
| Modelo 2 | .506 | .256 | .253 | 138.635 | | | .000 |
| ELES-A Total | | | | | -.131 | -3.491 | .001 |
| Dificuldade em Identificar sentimentos (TAS 20) | | | | | -.443 | -11.774 | .000 |
| Modelo 3 | .517 | .267 | .263 | 9.141 | | | .003 |
| ELES-A Total | | | | | -.140 | -3.737 | .000 |
| Dificuldade em Identificar sentimentos (TAS 20) | | | | | -.427 | -11.284 | .000 |
| ELES-A Total x Dificuldade em Identificar sentimentos (TAS 20) | | | | | .107 | 3.023 | .003 |

Nota. ELES-A = Escala de Experiências de Vida na Infância para Adolescentes; SCS-A = Escala de Autocompaixão para Adolescentes; TAS 20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens.

Na figura 1 é possível consultar o gráfico que demonstra, de forma mais perceptível, a relação entre as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A) e a autocompaixão (SCS-A), para diferentes níveis (baixo, moderado e elevado) da variável dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20), que correspondem às três curvas observadas.

Para uma análise mais cuidada das retas foram calculados testes t de Student relativos aos declives destas, demonstrando que para níveis baixos ($t = -4.614$; $p < .001$) e moderados ($t = -3.558$; $p < .001$) de dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20), os declives são significativos, enquanto que para níveis altos ($t = -0.569$; $p > .05$), o declive não é significativo. Deste modo, conclui-se que as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A) predizem os níveis de autocompaixão (SCS-A) na adolescência apenas, quando os sujeitos têm níveis baixos e moderados de

dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20), sendo que esta variável perde o seu estatuto de preditor perante níveis altos de dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20).

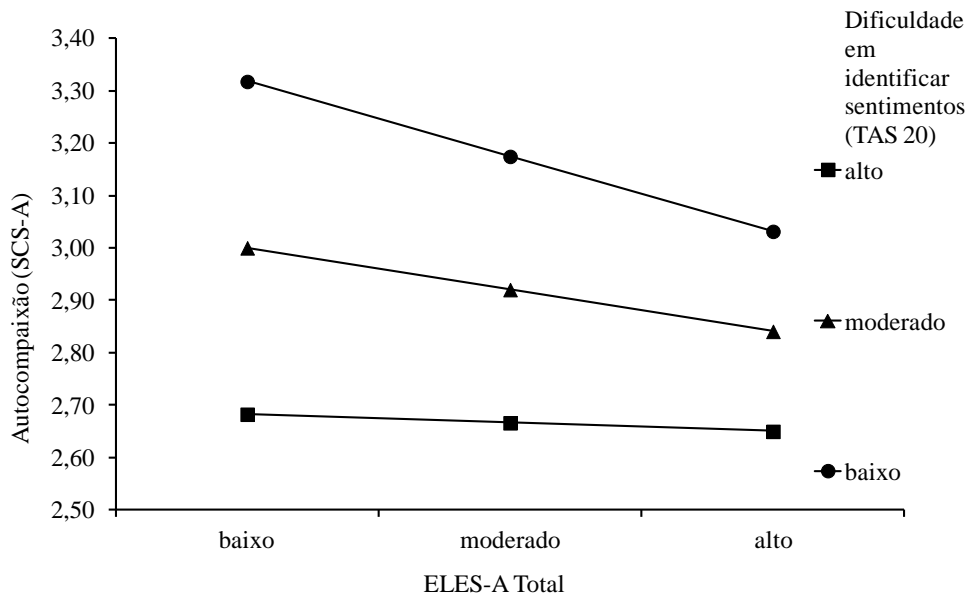


Figura 1

Gráfico da relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância (ELES-A) e a autocompaixão (SCS-A), para diferentes níveis de dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20)

Uma análise mais detalhada do gráfico permite concluir que a) de uma forma geral, para valores constantes nas memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A), com o aumento dos níveis da dificuldade em identificar sentimentos (TAS 20), diminuem os níveis de autocompaixão (SCS-A), ou seja, adolescentes alexitímicos tendem a ser menos autocompassivos; b) para adolescentes com baixos níveis de dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20), aqueles que recordam mais sentimentos de terem sido ameaçados ou subordinados pelos pais na infância (ELES-A) apresentam níveis mais baixos de autocompaixão (SCS-A), quando comparados com os que têm menos recordações deste tipo; c) o padrão descrito acima mantém-se para os adolescentes com níveis moderados de dificuldades em identificar sentimentos (TAS

20), diferindo na magnitude da diferença entre os níveis de autocompaixão (SCS-A) para adolescentes que pontuam mais nas memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância (ELES-A) e para aqueles que pontuam menos, sendo esta magnitude menor do que a relativa a níveis baixos de dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20); d) para adolescentes com níveis altos de dificuldades em identificar sentimentos (TAS 20), estes apresentam baixos níveis de autocompaixão (SCS-A), independentemente de se recordarem, ou não, de sentimentos de ameaça ou subordinação na infância (ELES-A).

3.5.2. O efeito moderador da dificuldade em descrever sentimentos na relação entre as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância e a autocompaixão

De seguida, testou-se o possível efeito moderador das dificuldades em descrever sentimentos e emoções (TAS 20) na relação entre as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A) e a autocompaixão (SCS-A). Para tal, foi calculada uma regressão múltipla hierárquica realizada em três passos: 1) a variável relativa às memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância (ELES-A Total) foi introduzida como preditora da autocompaixão; 2) ao preditor anterior adicionou-se a variável da dificuldade na descrição de sentimentos (TAS 20); 3) aos dois preditores do passo 2 juntou-se como terceiro preditor a interação entre estas mesmas variáveis (ELES-A Total X TAS 20).

Na tabela 7 verifica-se que o último passo não se mostra estatisticamente significativo ($R^2 = .227$; $F_{(1,601)} = 2.878$; $p = .090$). Estes resultados sugerem que não existe interação entre as memórias emocionais de subordinação e ameaça na infância (ELES-A) e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20), na predição da

autocompaixão (SCS-A), indicando que esta componente da alexitimia não modera a relação entre a variável independente e o *outcome*.

Tabela 7

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com as memórias emocionais, de ameaça e de subordinação (ELES-A) a predizerem os níveis de autocompaixão (SCS-A), e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS 20) como moderador (n = 605)

| Modelo | R | R ² | R ² Ajustado | F | P |
|--------|------|----------------|-------------------------|---------|------|
| 1 | .290 | .084 | .083 | 55.534 | .000 |
| 2 | .472 | .223 | .221 | 107.527 | .000 |
| 3 | .476 | .227 | .223 | 2.878 | .090 |

Nota. ELES-A = Escala de Experiências de Vida na Infância para Adolescentes; SCS-A = Escala de Autocompaixão para Adolescentes; TAS 20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens.

IV - Discussão

A autocompaixão é uma forma saudável de relacionamento do *eu* com o *eu*, que permite a regulação emocional ao implicar uma atitude de abertura, tolerância e sensibilidade e uma motivação e desejo de alívio do sofrimento do próprio e, de cuidado com o bem-estar pessoal, mantendo, uma relação de cuidado, de calor, de paciência e de compreensão não julgadora, face às falhas e aos erros cometidos e face ao *self* (Neff, 2003a; Neff, 2003b; Neff, & Dahm, 2013; Gilbert, 2000, 2005; Gilbert, & Procter, 2006; Gilbert, & Irons, 2005).

A autocompaixão implica, também, estar em sintonia com a experiência emocional e com as necessidades do próprio, percebendo a experiência da própria mente, sendo, assim, a empatia uma componente desta (Gilbert, 2005). Défices na empatia (ou numa das restantes componentes da autocompaixão) podem limitar a experiência de autocompaixão (Gilbert, & Procter, 2006). Por outro lado, a alexitimia - a dificuldade em identificar e descrever sentimentos e em discriminar estes das sensações corporais associadas à ativação emocional (Nemiah, 1976 cit in Taylor, Bagby & Parker, 2003) - poderá também estar na génese das dificuldades do

desenvolvimento da autocompaixão. Com base nisto, torna-se premente investigar o papel da empatia e da alexitimia no desenvolvimento da autocompaixão na adolescência.

A presente investigação teve como objetivo estudar a forma como as memórias de subordinação e de ameaça na infância, a empatia e a alexitimia, estão relacionadas e como contribuem para o desenvolvimento de uma postura e atitude autocompassiva, nos adolescentes.

O estudo de natureza correlacional mostrou que as memórias emocionais de subordinação e de ameaça na infância correlacionam-se de forma significativa, e no sentido esperado, com a autocompaixão, sugerindo que os adolescentes que se recordam de experiências de ameaça e subordinação com os pais na infância são menos autocompassivos. Este resultado reproduz outros encontrados na literatura (Neff, & McGehee, 2010; Castilho & Pinto Gouveia, 2011), sugerindo que a existência memórias negativas na infância de cariz de dominância-subordinação dificultará o desenvolvimento da autocompaixão. Assim, este resultado corrobora dados de outros estudos, sugerindo que quando as crianças crescem num ambiente de pouco afeto e suporte emocional, baseado na negligência, vergonha e na ameaça, os circuitos cerebrais, relativos ao sistemas de ameaça/defesa são sobrestimulados, e os circuitos cerebrais, relativos ao sistema de afeto positivo, focados no calor e *soothing* são subestimulados (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006). Deste modo, a criança aprende que os outros são poderosos, hostis, e que o *eu* é subordinado, internalizando esquemas dos outros como não securizantes e do *eu* como vulnerável ao ataque do outro (Gilbert, 2005; Gilbert, & Irons, 2005).

Este estudo demonstrou, também, que os adolescentes que adotam, de forma espontânea, a perspectiva do outro e, que sentem menos ansiedade e preocupação quando

lidam com o sofrimento do outro, são mais autocompassivos. De facto, as competências de autocompaixão e de empatia para com os outros parecem ativar regiões cerebrais semelhantes (Longe et al., 2010). Não obstante, a autocompaixão não se mostrou correlacionada com a experiência de sentimentos de compreensão empática e de preocupação para com o outro, i.e. com a subescala Preocupação Empática, que parece medir a simpatia (Jolliffe, & Farrington, 2006), sugerindo que os adolescentes podem ser autocompassivos sem que isso implique que atualizem em si o sofrimento e as vivências do outro. Este dado apesar de poder parecer contraintuitivo, (a autocompaixão envolve o reconhecimento de que o *self* necessita de uma atitude de compaixão e de aceitação da mesma forma que os outros; Neff, 2003a) tem sido encontrado noutros estudos (Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011; Neff, 2008 cit in Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011). Wei, Liao, Ku e Shaffer (2011) sugeriram que os dois constructos – autocompaixão e empatia - não se sobrepõem, no entanto, é possível que a experiência de preocupação empática ou de simpatia, em relação ao sofrimento do próprio e do outro, apesar de recrutarem as mesmas competências, sejam moldadas em função de diferentes trajetórias de aprendizagem cultural. De facto, Neff e Dahm (2013) afirmam que na cultura ocidental reforça-se mais o ter uma atitude positiva (de amor, cuidado) para com o outro, do que para com o próprio, sendo comum uma postura de crítica dura (“és tão estúpido e burro”), face a erros ou falhas próprias (mesmo quando estas não são controláveis ou não são da nossa responsabilidade), que não se verifica tão facilmente face a erros e falhas dos outros.

Adicionalmente, os resultados indicam que os adolescentes com dificuldades na identificação de sentimentos e emoções e, na sua descrição (alexitímicos), tendem a ter dificuldades em serem autocompassivos. Estes dados corroboram os resultados encontrados noutros estudos, que demonstraram a existência de uma relação entre a

autocompaixão e a inteligência emocional (Heffernan, Griffin, McNulty, & Fitzpatrick, 2010; Neff, 2003a).

Por fim, os resultados do estudo correlacional demonstram que os adolescentes mais autocompassivos têm menos sintomas de ansiedade e de depressão, replicando os resultados encontrados noutros estudos, evidenciando o papel importante da autocompaixão na psicopatologia, como estratégia de regulação emocional adaptativa útil na diminuição do stress e de estados emocionais negativos (Castilho, & Pinto Gouveia, 2011; Cunha, Xavier, & Vitória, 2013; Cunha, Xavier, & Castilho, 2014; Gilbert, & Procter, 2006; MacBeth, & Gumley, 2012; Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

De seguida, procurou-se explorar a contribuição relativa das memórias de ameaça e de subordinação, da empatia e da alexitimia para a variabilidade da autocompaixão, controlando o efeito da depressão e da ansiedade.

Na análise de regressão que controlou o efeito da depressão, o modelo explicou 43.5% da variabilidade na autocompaixão, indicando que o que facilita o desenvolvimento de competências autocompassivas é o não estar deprimido, o menor *distress*/desconforto pessoal, a maior tomada de perspectiva e compreensão empática, não ter dificuldades no processamento emocional, e menos fantasia, i.e., menor tendência em imaginar-se em situações fictícias. Os adolescentes deprimidos podem sentir-se desligados e afastados dos outros, ficando totalmente enredados nos seus problemas, ignorando que os outros experimentam as mesmas ou piores dificuldades (Castilho, & Pinto-Gouveia, 2011). Deste modo, torna-se difícil experienciar os pensamentos e emoções negativas com alguma distância e objetividade (Bennett-Goleman, 2001), assim como o envolvimento em estratégias de autocompaixão (Gilbert, & Procter, 2006; Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007). Neste sentido, torna-se

importante o desenvolvimento de uma postura autocompassiva, permitindo o reconhecimento da semelhança das experiências do *eu* e dos outros, interrompendo o ciclo de sobre-identificação com as experiências internas negativas, aumentando, assim, os sentimentos de ligação e diminuindo os sentimentos de separação e isolamento (Teasdale et al., 2000). Para além disso, a autocompaixão permitirá, também, colocar numa perspetiva mais ampla as experiências internas, passando o sujeito a perceber de forma mais clara e exata a extensão do seu sofrimento, sem a aumentar (Neff, 2003a), aceitando de forma equilibrada os pensamentos e emoções negativas, sem os julgar (Neff, & Germer, 2012).

Na análise de regressão que controlou o efeito da ansiedade, o modelo explicou 41.6% da variabilidade na autocompaixão, indicando que o que facilita o desenvolvimento de competências autocompassivas é a experiência menor de sintomas de ansiedade, menor desconforto pessoal, maior tomada de perspetiva, não ter dificuldades no processamento emocional, recordar menos sentimentos de subordinação e de ameaça na infância e menos fantasia. É possível que os adolescentes ansiosos estejam altamente focados na ameaça (interna e externa), mostrando-se sensíveis à sua experiência, acedendo, rapidamente, a representações do *eu*, dos outros ou do mundo como hostil (Gilbert, & Procter, 2006), não conseguindo envolver-se em competências de autocompaixão. O treino de competências de autocompaixão pode permitir regular estas emoções de ameaça, potencializando a sua redução, assim como a criação de sentimentos de segurança no mundo, na relação com os outros e na relação do *eu* com o *eu* (Gilbert, & Procter, 2006).

Relativamente ao contributo do desconforto pessoal no desenvolvimento da autocompaixão, é possível que a experiência de *distress* face ao sofrimento dos outros, oriente a atenção para o *self*, potencializando a sobre-identificação com o próprio

sofrimento (Neff, & Dahm, 2013; Neff, 2003b). De facto, se o indivíduo não empatizar com a sua experiência interna dolorosa, autorizando-se a estar em contacto com esta, tolerando-a em vez de a dissociar ou afastar, não consegue ter uma postura de compaixão, tolerância e aceitação face ao mesmo (Gilbert, & Procter, 2006).

No que diz respeito, ao contributo da tomada de perspetiva para o desenvolvimento da autocompaixão, é possível que a tendência para adotar, de forma espontânea, a perspetiva dos outros, compreendendo de forma precisa os seus estados internos (de Waal, 2008), permita experienciar numa postura mais equilibrada, distanciada e com maior perspetiva, o próprio sofrimento, possibilitando o reconhecimento de que o *self*, como ser humano que erra e falha, merece ser tratado com a mesma tolerância e compreensão que os outros (Neff, 2003a). Assim a capacidade para sintonizar com o sofrimento do outro é uma competência essencial para cuidar, de forma compassiva, do outro (Gilbert, 2005), aparentando influenciar também o cuidado compassivo para com o próprio.

Quanto ao contributo do processamento emocional no desenvolvimento da autocompaixão, é possível argumentar que a capacidade para identificar e descrever os sentimentos e as emoções do próprio, e em distingui-las das sensações corporais da ativação emocional, possibilita uma maior compreensão dos estados emocionais próprios, assim como uma postura de abertura e de recetividade à experiência destes, aceitando, de uma forma *mindful* e não julgadora, a experiência negativa, sem a evitar ou negar (Neff, 2003a, 2003b; Neff, & Dahm, 2013). De facto, não é possível ser compassivo para com os sentimentos ou emoções do próprio, quando estas não são reconhecidas, ou quando são reprimidas (Neff, 2003b). Estes resultados vão de encontro às ideias de Salovey e Mayer (1990) de que os indivíduos com facilidade no processamento emocional (não alexitímicos e emocionalmente inteligentes), conseguem

identificar e descrever as suas emoções, estando recetivos e abertos à sua experiência, agindo de forma a regulá-las. Possivelmente, as competências de autocompaixão permitem esta regulação emocional.

Relativamente ao contributo das memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância no desenvolvimento da autocompaixão, é possível que estes sentimentos de ameaça e de subordinação na infância inibam o desenvolvimento de competências de autocompaixão (Gilbert, 2005; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003). Deste modo, a vivência constante de relações de ameaça, subordinação e hostilidade na infância, em que os sensações de *safeness* e, o sistema de *soothing* não são estimulados, e as estratégias defensivas são utilizadas de forma recorrente, influencia a formação de conexões neuronais, aumentando a sensibilidade da criança à ameaça e tornando o sistema de ameaça-defesa hiperativado. Nestas condições, a criança não tem acesso a memórias de ser cuidado e tranquilizado, sendo difícil o surgimento das competências de autocompaixão (Gilbert, & Irons, 2005; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006).

Por fim, os resultados sugeriram que níveis mais baixos de fantasia, ou seja, a menor tendência em imaginar-se em situações fictícias, facilitam o desenvolvimento da autocompaixão. Os itens desta subescala referem-se à tendência para sentir as emoções da personagem de um filme/livro, imaginando-se no lugar deste, o que pode indicar a orientação do pensamento para o exterior e, conseqüentemente, o desligamento da experiência interna. Como já foi referido, ao não contactar com o sofrimento, a pessoa não consegue ter uma atitude de compaixão e de compreensão não julgadora para com este (Neff, 2003a; 2003b).

Com base nos dados obtidos nos estudos supracitados pretendia-se perceber, no que concerne à alexitimia, como esta se relaciona e influencia o desenvolvimento da

autocompaixão. Mais concretamente, o estudo procurou testar o efeito moderador da alexitimia na relação entre as memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância e a autocompaixão. Os resultados obtidos sugeriram que, a natureza da relação entre estas duas variáveis varia consoante diferentes níveis de alexitimia, na sua componente de dificuldades na identificação de sentimentos e emoções. Deste modo, com o aumento dos níveis de dificuldade em identificar sentimentos verificou-se uma diminuição do impacto das memórias de ameaça e subordinação na infância na explicação da variância da autocompaixão. Ou seja, os adolescentes com maiores dificuldades na identificação dos seus sentimentos e emoções, e em discriminar estas das sensações corporais associadas à ativação emocional, falhando na regulação das mesmas, apresentam, assim, baixos níveis de autocompaixão e, desta forma, tornam-se escravos das emoções (Salovey, & Mayer, 1990). Isto acontece independentemente da existência, ou não, de memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância, i.e., mesmo quando o adolescente não se recorda de se sentir ameaçado ou subordinado na relação com os seus pais, ao apresentar défices na identificação de sentimentos ou emoções, provavelmente irá reportar níveis mais baixos de autocompaixão.

Assim, os resultados do presente estudo sugerem o efeito nefasto da dificuldade em identificar sentimentos e emoções no recrutamento de competências de autocompaixão, parecendo limitar o seu desenvolvimento. De facto, tem sido sugerido que a alexitimia pode englobar défices no processamento cognitivo e na regulação de emoções (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Gilbert (2005) clarificou que para se ser autocompassivo é necessário o acesso a memórias de ser amado, acarinhado e cuidado pelos outros, responsáveis pelo sentimento de vinculação e afiliação aos outros (safeness).

Os resultados encontrados corroboram os dados existentes na literatura acerca da alexitimia limitar os processos de regulação emocional (Chen, Xu, Jing, & Chan, 2011; Swart, Kortekaas, & Aleman, 2009), e da sua contribuição para a psicopatologia e sua manutenção, a saber: perturbação obsessivo-compulsiva (Rufer et al., 2006), ingestão compulsiva (Wheeler, Greiner, & Boulton, 2005), anorexia e bulimia (Cochrane, Brewerton, Wilson, & Hodges, 1993), depressão (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000; Kim et al., 2008), tricotilomania (Rufer et al., 2014), depressão (Saarijärvi, Salminen, & Toikka, 2001) e esquizofrenia (Cedro, Kokoszka, Popiel, & Narkiewicz-Jodko, 2001). A alexitimia também se mostrou associada com o autocriticismo, a depressão, a ansiedade, o stress (Gilbert et al., 2011).

Limitações do estudo e futuras investigações

Várias limitações devem ser apontadas. Em primeiro lugar a natureza transversal do estudo não permite concluir, com segurança, sobre as relações de causalidade entre as variáveis. Em segundo lugar, os instrumentos de autorrelato utilizados apresentam algumas fragilidades, como a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20), que foi inicialmente construída para adultos, sendo que os autores não recomendam a sua utilização nos adolescentes sem ser adaptada (Parker, Eastabrook, Keefer, & Wood, 2010); o Índice de Reactividade Interpessoal (IRI) parece medir “aspectos separados do conceito global de empatia” (Davis, 1980), como as respostas emocionais à experiência emocional do outro, i.e. a responsividade aos outros, e não a congruência emocional, característica da empatia (Jolliffe, & Farrington, 2006); a escala de memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância (ELES-A) que avalia recordações da infância, estando, assim, sujeita às limitações destas, como, por exemplo, o facto das recordações

dependerem do estado de humor atual. Em terceiro lugar, o facto da recolha da amostra ter utilizado instrumentos de autorresposta e, de ter sido realizada em contexto de sala de aula, pode implicar alguns enviesamentos por deseabilidade social.

Estudos futuros poderão abordar o papel da alexitimia no desenvolvimento da autocompaixão, utilizando amostras clínicas, sendo interessante o foco nos quadros clínicos supracitados, que se têm mostrado relacionados com a alexitimia. Para além disso, a replicação do estudo num formato longitudinal, que permitisse verificar as alterações nas variáveis estudadas, com o crescimento e a maturação dos adolescentes, poderia fornecer mais informações acerca do desenvolvimento da autocompaixão, como estratégia de regulação emocional.

Implicações Clínicas

Tendo em conta que a idade dos adolescentes da amostra variou entre os 12 e os 18 anos, é possível considerar que a experiência atual de situações de ameaça e de subordinação com as figuras parentais ainda pode estruturar e influenciar a coreografia das competências autocompassivas *versus* as autocríticas, que recrutam memórias do *eu* em relação aos outros, memórias essas que ainda estão a ser construídas nas vidas destes adolescentes. Deste modo, torna-se pertinente uma intervenção focada nas dificuldades do processamento emocional, pois esta poderá ser benéfica para a aprendizagem e desenvolvimento da autocompaixão.

Uma intervenção focada na aprendizagem de competências empáticas e nas emoções (identificação dos sentimentos e afetos) revela-se crucial para o treino de uma mente compassiva. Ou seja, desenvolver e melhorar as competências de empatia, de tomada de perspetiva e de uma experiência *mindful* do sofrimento do outro, assim como as competências de identificação e descrição dos próprios sentimentos, possibilitando

um processamento mais eficaz das emoções pode promover, também, o desenvolvimento de competências de autocompaixão, úteis para a regulação de estados emocionais negativos e para a afiliação e proximidade aos outros (Depue, & Morrone-Struponsky, 2005). O poder funcionar num outro estado da mente (mente compassiva, empática e tolerante) poderá assumir uma função preventiva, ao possibilitar uma maior resiliência à psicopatologia, numa fase de mudanças e de desafios, interpessoais e de identidade, como a adolescência.

Conclusão

A presença de competências empáticas e de tomada de perspectiva, e sobretudo a capacidade de processar as emoções, em particular o ser capaz de identificar sentimentos e emoções, revelam-se competências importantes para o desenvolvimento de uma mente compassiva.

Referências Bibliográficas

- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press
- Brown, B., & Lohr, M. J. (1987). Peer-group affiliation and adolescent self-esteem: An integration of ego-identity and symbolic-interaction theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 47–55.
- 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).

- Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.
- Cedro, A., Kokoszka, A., Popiel, A., & Narkiewicz-Jodko, W. (2001). Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychological reports*, 89, 95-98.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J. & Chan, R. C. K. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 11, 1-6. doi:10.1186/1471-244X-11-33
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 14, 219–222.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3^a ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, M., Xavier, A. & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4, 95 -117.
- Cunha, M., Xavier, A. M., & Castilho, P. (2014). Understanding self-compassion in adolescence: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment*. Submitted.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- De Waal, F. B. M. (2008). Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 279–300. DOI: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093625
- 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 (3), 313-350.
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-Related Emotional Responses, Altruism, and Their Socialization. In R. J. Davidson & A. Harrington (Eds), *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature* (p.131-164). Oxford University Press: New York.
- Elliott, G. R., & Feldman, S. S. (1990). Capturing the Adolescent Experience. In S. S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 1-14). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2008). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N. B. Allen & L. B. Sheeber (Eds.), *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* (p. 195-214). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379. DOI: 10.1002/cpp.507

- Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.) *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, (pp. 118-150). Brunner-Routledge: Hove.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*, (pp. 9-73). Routledge: London.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*, (pp. 263-325). Routledge: London.
- Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108–115. doi: 10.1002/cpp.359
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of Compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 374–390. DOI:10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x
- Gonzalez-Liencres, C., Shamay-Tsoory, S. G., & Brune, M. (2013). Towards a neuroscience of empathy: Ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1537–1548.
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49, 845–850. doi:10.1016/j.paid.2010.07.013
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, Empathy, and Psychological Symptoms in a Family Context. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 448-455. doi:10.1053/comp.2002.35905
- Harter, S. (1990). Self and identity development. In S. S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352–387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heffernan, M., Griffin, M. T. Q., McNulty, S. R., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 366–373. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x
- Hoffman, M. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognition and Behavior* (pp. 103-131). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Honkalampi K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal Psychosom. Res.*, 48, 99-104.
- Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28, 325–341. doi:10.1016/j.adolescence.2004.07.004
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 297-308. doi:10.1348/014466505X68230

- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589–611. doi:10.1016/j.adolescence.2005.08.010
- Kim, J. H., Lee, S. J., Rim, H. D., Kim, H. W., Bae, G. Y., & Chang, S. M. (2008). The Relationship between Alexithymia and General Symptoms of Patients with Depressive Disorders. *Psychiatry Investig*, 5, 179-85.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality Social Psychology*, 92(5), 887-904.
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8, 171-184.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (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
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- 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

- MacDonald, K. (1992). Warmth as a Developmental Construct: An Evolutionary Analysis. *Child Development*, 63, 753-773.
- MacLean, P. D. (1990). *The tribune brain in evolution*. New York: Plenum.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Mikulincer, M., Gillath, O., Halevy, V., Avihou, N., Avidan, S., & Eshkoli, N. (2001). Attachment Theory and Reaction to Others' Needs: Evidence that the Activation of the Sense of Attachment Security Promotes Empathic Responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1205-1224. Doi: 10.1037//0022-3514.81.6.1205
- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.
- Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1–12. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2013). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S.(2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). Self An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality

- traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Neff, K., & Germer, K. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 00, 1–17.
DOI: 10.1002/jclp.21923
- Neff, K., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9, 225–240. DOI: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K., & Yarnell, L. M. (2012). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*, 1-14. DOI:10.1080/15298868.2011.649545
- O' Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 19-27. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00408-6
- Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. *Personality and Individual Differences*, 54, 97–102.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças* 5, 229-239.
- Parker, J. D. A., Eastabrook, J. M., Keefer, K. V., & Wood, L. M. (2010). Can Alexithymia Be Assessed in Adolescents? Psychometric Properties of the 20-

- Item Toronto Alexithymia Scale in Younger, Middle, and Older Adolescents. *Psychological Assessment*, 22, 798-808. DOI: 10.1037/a0020256
- Parker, J., Bagby, R., Taylor, G., Endler, N., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of personality*, (7), 221-232. doi: 10.1002/per.2410070403
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (4th ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Xavier, A., & Cunha, M. (2013). Measuring early memories of threat and subordination: Study of psychometric properties of the Early Life Experiences Scale for Adolescents (ELES-A), Trabalho apresentado em 43rd Annual Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, In Proceeding of the 43rd Annual Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Morocco, Marrakech
- Praceres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *RIDEP*, 9, 9-21.
- Rufer, M., Bamert, T., Klaghofer, R., Moritz, S., Schilling, L., & Weidt, S. (2014). Trichotillomania and emotion regulation: Is symptom severity related to alexithymia? *Psychiatry Research*, 218, 161-165. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.03.029
- Rufer, M., Ziegler, A., Alsleben, H., Fricke, S., Ortmann, O., Bruckner, E., Hand, I., & Peter, H. (2006). A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 394– 398. doi:10.1016/j.comppsy.2005.12.004

- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of psychosomatic research*, 51, 729-733.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: N.J. Lawrence Erlbaum.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with Feelings: Characterization of Trait Alexithymia on Emotion Regulation Strategies and Cognitive-Emotional Processing. *Plos ONE*, 4, 1-7.
doi:10.1371/journal.pone.0005751
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 26-45). Cambridge University Press: United Kingdom.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.
doi:10.1016/S0022-3999(02)00601-3
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 615-623.

- Thorberg, F. A., Young, R. McD., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 187–193. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.09.010
- Uväs-Morberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835. doi: 10.1016/S0306-4530(98)00056-0
- Wei, M., Liao, K. Y., Ku, T. & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, Self- Compassion, Empathy, and Subjective Well-Being Among College Students andCommunity Adults. *Journal of Personality* 79, 191-221. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x
- Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring Alexithymia, Depression, and Binge Eating in Self-Reported Eating Disorders in Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 114-123.

Anexo A

Tabela 3

Correlações entre a autocompaixão (SCS-A), as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância (ELES-A), a empatia (IRI), a alexitimia (TAS 20), a depressão e a ansiedade (EADS 21)

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----|
| 1. Tomada de Perspetiva (IRI) | — | | | | | | | | | |
| 2. Preocupação Empática (IRI) | .36** | — | | | | | | | | |
| 3. Desconforto Pessoal (IRI) | -.10** | .31** | — | | | | | | | |
| 4. Fantasia (IRI) | .14** | .43** | .25** | — | | | | | | |
| 5. ELES-A Total | -.09* | .02 | .15** | .03 | — | | | | | |
| 6. Depressão (EADS 21) | -.10* | .06 | .18** | .06 | .33** | — | | | | |
| 7. Ansiedade (EADS 21) | -.04 | .14** | .22** | .14** | .28** | .65** | — | | | |
| 8. SCS-A Total | .27** | -.14** | -.41** | -.19** | -.29** | -.50** | -.45** | — | | |
| 9. Dificuldade em Identificar Sentimentos (TAS 20) | -.08* | .17** | .31** | .25** | .36** | .53** | .49** | -.49** | — | |
| 10. Dificuldade em Descrever Sentimentos (TAS 20) | -.11** | .08* | .27** | .19** | .29** | .44** | .38** | -.44** | .72** | — |

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. IRI = Índice de Reactividade Interpessoal; ELES-A = Escala de Experiências de Vida na Infância para Adolescentes; SCS-A = Escala de Autocompaixão para Adolescentes; EADS 21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens; TAS 20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens.