



UC/FPCE_2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Validação da Escala da Auto-compaixão em
Adolescentes com Perturbações do
comportamento**

Bernardo Xavier Teixeira Oliveira
(e-mail: bernardoxoliveira@gmail.com)

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

Validação da Escala da Auto-empatia em Adolescentes com Perturbações do Comportamento

A auto-empatia é uma atitude adaptativa para com o eu, quando em causa estão situações de inadequação ou fracasso, que está associada com saúde mental e a níveis reduzidos de psicopatologia. Contudo, tem vindo a ser pouco estudada em população adolescente e menos ainda em adolescentes com perturbações do comportamento. Deste modo, é importante validar a escala da auto-empatia para a população acima referida, contribuindo para que estudos futuros estudem o papel da auto-empatia nesta população clínica.

Este estudo tem como objectivo testar a dimensionalidade da Escala da Auto-Compaixão (SCS; Neef,2003a) bem como analisar as suas propriedades psicométricas numa amostra de 120 adolescentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e 18 anos, diagnosticados com Perturbação do Comportamento ou Perturbação de Oposição. O diagnóstico foi feito com recurso a uma entrevista clínica estruturada para crianças e adolescentes.

Os resultados das análises factoriais confirmatórias não confirmaram as estruturas originais (seis factores intercorrelacionados e um factor de ordem superior e seis subfactores) da escala mas corroboram a estrutura de dois factores (auto-empatia e auto-criticismo) sugerida por estudos recentes. O modelo de medida com melhor ajustamento aos dados desta amostra é então, o modelo de dois factores de 2ª ordem (auto-empatia e auto-criticismo) e seis subfactores (bondade, *mindfulness*, humanidade comum, auto-criticismo, isolamento e sobreidentificação). A SCS revelou boa consistência interna para os dois factores de 1ª ordem e na generalidade dos seus subfactores. Estudou-se também a validade convergente e divergente, foram encontradas associações entre a escala da auto-empatia e medidas de auto-criticismo e auto-tranquilização, vergonha externa e de proximidade e ligação aos outros.

Palavras-chave: Auto-empatia, SCS, Adolescentes, Comportamento antissocial, Análise factorial confirmatória.

Validation study of the Self-Compassion Scale in adolescents with Disruptive Disorders

Self compassion is an adaptive attitude towards the self, when considering situations of inadequacy or failure, and is associated with psychological well-being and lower levels of psychopathology. However, self-compassion remains less investigated in adolescent particularly in adolescents with disruptive disorders. It seems to be crucial to validate this measure to this sample so that future studies could investigate the role of self-compassion in this clinical population.

The main purpose of this study is to analyze the factorial structure and the psychometric properties of Self-Compassion Scale (SCS; Neef, 2003a) in a sample of adolescents with disruptive disorders. The sample consists of 120 adolescents from both sexes, aged between 14 and 18 years. The diagnoses were made using a structured clinical interview .

Results of the confirmatory factor analyses failed to confirm the original structures (six-factor and high-order factor and six subscales). A two second-order factor (self-compassion and self-criticism) and six subscales (self-kindness, common humanity, mindfulness, self-criticism, isolation, and over-identification) showed good fit indices and was considered the better model. The SCS also revealed good internal reliability for both higher order factors (self-compassion and self-criticism) and for the majority of the subscales. Convergent and divergent validity was found with measures of self-criticism and self-reassurance, external shame and social safeness.

Key Words: Self-Compassion, SCS, Adolescents, Disruptive Disorders, Confirmatory Factor Analyses.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Rijo, por toda a sabedoria e conhecimento transmitidos, pela franqueza e frontalidade das suas palavras. E pela compaixão nos momentos difíceis.

Ao Nélio, por toda a paciência e disponibilidade, que fizeram a diferença ao longo do último ano, um sincero obrigado.

A todos os participantes deste estudo, sem a vossa disponibilidade, não seria possível concretizar este trabalho.

Aos meus colegas de grupo de estágio/tese pelas partilhas, pelo espírito de grupo, acima de tudo gargalhadas.

Aos colegas que partilharam comigo estes cinco anos e que por um ou outro motivo seguiram rotas diferentes, a eles devo boas memórias que muito me apraz recordar.

À Daniela, à Adriana, à Teresa por todos os momentos felizes, por terem dado mais significado a este percurso.

Ao meu grupo de amigos “Os Maiores”, qua há largos anos me acompanham nesta demanda que é a vida, que se mantenham sempre perto.

À tuna, que tardiamente veio preencher não só a minha agenda mas também uma lacuna que permanecia na minha vida, a ausencia da música. São incontáveis as recordações e os bons momentos que dali levo.

Ao Ruben e ao Leonardo, companheiros e amigos em todas as horas, obrigado pelos bons momentos.

Aos meus amigos mais próximos Andreia, Davide e Cristiana que ao longo dos últimos anos de curso deram outro alcance á minha vivência do conceito de amizade.

Aos meus avós e tia por quem tenho a maior estima, que são para mim fontes de inspiração e exemplos de esforço e luta. Agradeço-lhes todo o apoio e afecto que me dão. Agradeço-lhes também o orgulho e admiração, eles lá conseguirão justificar tal sentir.

Aos meus pais pela incondicionalidade da sua presença e apoio, desde sempre, hoje e para sempre, obrigado por tudo.

À minha avó, a essa força gravitacional, que invisível e discreta me mantém seguro em todos os momentos.

À minha irmã, parceira no nascer e no viver, obrigado pelo carinho.

À vida, que me motiva a cada e em todos os momentos, apenas e simplesmente pelo prazer de descobrir.

Índice

Enquadramento conceptual	1
Objectivos	7
Metodologia	7
Instrumentos	8
Procedimento.....	11
Análises estatísticas.....	12
Resultados	13
Análises Preliminares.....	13
Análise Factorial Confirmatória (AFC)	14
Validade convergente e divergente	18
Discussão	19
Limitações e sugestões futuras	25
Conclusões	26
Bibliografia	27
Anexos	33

Enquadramento conceptual

A auto-compassão tem vindo a ser alvo de um crescente interesse pela sua natureza e implicações em vários campos, desde da saúde até domínios mais sociológicos como educação (Cunha, Xavier & Castilho, 2015a). Estudos recentes têm mostrado que a auto-compassão está associada a um funcionamento psicológico saudável, sendo que a níveis elevados de auto-compassão estão associados níveis reduzidos de psicopatologia (Barnard & Curry 2011; Germer & Neff, 2013; Neff, 2004). A auto-compassão está ainda ligada a estratégias de *coping* adaptativas focadas no problema, como por exemplo planear como ultrapassar dificuldades, sendo que esta associação poderia ser explicada por uma maior clareza promovida pela auto-compassão (Neff, 2004).

Neff (2003a) define a auto-compassão como sendo uma forma saudável de auto-aceitação que envolve abertura para o sofrimento e uma atitude de procura de o aliviar. A atitude auto-compassiva é conceptualizada como tendo três componentes principais, sendo que cada uma delas consiste em duas dimensões opostas: bondade *versus* auto-julgamento; humanidade comum *versus* isolamento e ainda *mindfulness* *versus* sobreidentificação. A bondade é a capacidade de ser amável, compreensivo e apaziguador do sofrimento próprio, numa conversa interna encorajadora e não avaliativa em vez de crítica e dura com o *eu*; humanidade comum significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana partilhada, envolve o reconhecimento da condição humana como imperfeita e de que não estamos sozinhos no nosso sofrimento por oposição ao isolamento; o *mindfulness* contrariamente á sobreidentificação está relacionado com a aceitação e abertura em relação ao próprio sofrimento, direcionando a atenção para a dor e para o sofrimento e não a para supressão ou evitamento dos mesmos, num equilíbrio emocional que permite encara os problemas objectivamente (Germer & Neff, 2013; Neff, 2003b).

Gilbert (2005) sugere que a auto-compassão aumenta o nosso bem-estar, providenciando resiliência emocional, na medida em que ajuda o indivíduo a sentir que alguém cuida dele, conectando-o consigo mesmo e deixando-o emocionalmente calmo. A partir da teoria das mentalidades

sociais que tem por base princípios da biologia evolucionária, neurobiologia e da teoria da vinculação, este autor propõe que a auto-compassão desativa o sistema de ameaça (associado com sentimentos de insegurança, defesa e o sistema límbico) e ativa o sistema de *soothing* (associado a sentimentos de vinculação, segurança, sistema de opiáceos e oxitocinas) (Gilbert & Procter, 2006).

Para Gilbert (2005), a auto-compassão está ligada a tipos de afecto positivo relacionados com a ativação do sistema *soothing*. Esta emerge da combinação de competências motivacionais, emocionais e cognitivas específicas, que aliviam o sofrimento e aumentam o bem-estar (Gilbert, 2010; Gilbert & Tirsch, 2009). Neff, Hsieh e Dejjitterat (2005) verificaram que a auto-compassão está relacionada com a capacidade de experienciar emoções positivas para com *self*, inversamente a emoções negativas como irritabilidade, hostilidade, ou sofrimento (Neff, Kirkpatrick, & Rude 2007). As qualidades de *soothing* inerentes à auto-compassão são ainda geradoras de uma maior capacidade de intimidade, regulação, exploração e de estratégias bem-sucedidas para lidar com meio (Gilbert, 2005; Gilbert & Procter, 2006).

Apesar do aumento do estudo da auto-compassão nos últimos anos (Germer & Neff, 2013), verifica-se alguma escassez na investigação da auto-compassão em adolescentes (Cunha, Xavier, & Victoria, 2013). A maioria das tarefas desenvolvimentais ocorre na transição da infância para a adolescência, como por exemplo, a formação da identidade, a mudança de papéis sociais, e autonomização dos pais (Steinberg & Morris, 2001). Assim uma vez que a auto-compassão associada a indicadores de um funcionamento psicológico saudável (Neff, 2004), a mesma pode ser benéfica para esta faixa etária promovendo nos adolescentes uma forma de perceberem as suas falhas e erros numa perspectiva equilibrada. Isto possibilita que experienciem sentimentos de suporte e calor com eles mesmos sem se envolverem em processos de auto-criticismo e de avaliação e comparações sociais desfavoráveis (Neff & McGehee, 2010).

Dentro da adolescência, há um grupo que merece particular atenção, por ser uma população de risco e com problemáticas emocionais e comportamentais, são os adolescentes com problemas de comportamento. Parece ser importante avaliar o constructo da auto-compassão para

adolescentes com perturbações do comportamento uma vez, que está bem estabelecido que crianças que crescem em ambientes hostis, adversos e conflituosos, cujas relações de vinculação são marcadas pelo abuso (e.g. físico, emocional, psicológico), afastamento ou negligência, e onde as suas necessidades não são satisfeitas, desenvolverão modelos dos outros como inconsistentes, indisponíveis, rejeitantes e ameaçadores (Gilbert & Gerlsma, 1999). No seu estudo Gilbert e Irons (2004) verificaram que indivíduos provenientes de ambientes invalidantes, hostis e críticos têm maior propensão para a vergonha, auto-criticismo comparações sociais negativas e ainda relações aflitivas pobres. Para estes autores o auto-criticismo pode assumir diferentes formas, (eg., auto-ataque e auto desprezo), e funções percebidas. Estas dimensões podem estar associadas de forma diferente a psicopatologia: indivíduos auto-críticos acreditam que a crítica e o ataque é para seu próprio bem pois, ao corrigirem-se, tornar-se-ão pessoas melhores. Contudo, muitas vezes este ataque ao próprio provoca uma activação emocional negativa (e.g., raiva, repugnância e nojo ou aversão) (Gilbert & Irons, 2004).

Assim a forma como cada sujeito percebe as experiências precoces vivenciadas no seio da família ou outras pessoas significativas (e.g., pares, professores) tem um forte impacto, não só na forma como se vê e avalia, mas também na forma como pensa que os outros o vêem (Gilbert, 2010). Indivíduos que se vêem na mente do outro como indesejados, pouco passíveis de serem amados e como vulneráveis à rejeição, têm uma visão do mundo como um lugar inseguro e hostil, (Gilbert, 2010). Neff e McGehee (2010), no seu estudo verificaram que crianças criadas em ambientes inseguros, stressantes e ameaçadores, não possuem memórias emocionais positivas (calor, afecto, segurança) e têm uma tendência a serem mais frias e mais críticas com elas próprias, o que faz com que sejam desencadeados sentimentos de vergonha em vez de adotarem estratégias de regulação emocional positivas, nomeadamente a auto-compassão (Baldwin & Dandeneau, 2005). A auto-compassão por seu lado ativa o sistema de regulação de afecto baseado na afiliação, vinculação e auto-tranquilização, onde existe um sentimento de cuidado pelo eu, de investimento e atenção, com supressão da agressão, avaliação e satisfação das suas necessidades (Gilbert, 2005).

Neff e McGehee (2010) concluíram que existem associações entre estilos de vinculação e a auto-compassão: estilos de vinculação segura estão associados positivamente com auto-compassão e por outro lado estilos coercivo e hostis estão negativamente associados com este constructo. Bennett, Sullivan e Lewis (2005) concluíram, também que estas situações de abuso precoce, especificamente a parentalidade abusiva e coerciva leva às crianças a mensagem de que são “más”, estas crenças negativas são desencadeadoras primárias de vergonha. Assim indivíduos com experiências repetidas de vergonha têm probabilidade de a converter em problemas externalizantes, como hostilidade, raiva e comportamento agressivo (Gold, Wolan, & Lewis, 2011, Thomaes, Stegge, Olthof, Busham & Nezlek 2001). De acordo com a perspectiva evolucionária proposta por Gilbert (2005) estas experiências tóxicas são susceptíveis de levar à activação do sistema de ameaça-defesa. Este está associado a vários tipos de psicopatologia, nomeadamente o comportamento antissocial (Gilbert, 2010; Gilbert & Irons 2004). Outros estudos indicam que a auto-compassão se encontra negativamente correlacionada com a vergonha (Barnard & Curry 2011). Em contexto clínico uma intervenção projetada para promover auto-compassão teve efeitos redutores de auto-criticismo e vergonha (Gilbert & Procter, 2006). Para estes autores, este resultado é importante, na medida em que consideram que poderá ser mais fácil e pragmático para alguns indivíduos desenvolver auto-compassão, do que intervir junto das complexas dinâmicas familiares disfuncionais. A auto-compassão está então relacionada com a saúde psicológica, com a satisfação de vida e com inteligência emocional (Leary, Tate, Adams & Hancock, 2007; Neff et al., 2007). Portanto, a auto-compassão pode funcionar como um factor de proteção para adolescentes e como tal um alvo de intervenção e prevenção, a fim de promover a sua resiliência e bem-estar em vários contextos de vida (Cunha et al., 2015a).

Em síntese, o comportamento antissocial resultaria, por um lado, de uma sobreactivação do sistema de ameaça-defesa e por outro lado de um sistema de *soothing* (associado à auto-compassão) pouco desenvolvido. No entanto, nenhum estudo testou ainda, de que modo a auto-compassão se associa ao comportamento antissocial.

A generalidade das investigações realizadas sobre a auto-compassão tem maioritariamente utilizado a Escala de Auto-Compassão (SCS) de Neff

(2003a). É uma escala de auto-relato, constituída por 26 itens que mede os 3 componentes relativos à auto-compassão (bondade, mindfulness, humanidade comum). Neff (2003a) realizou várias análises factoriais confirmatórias (CFA) e encontrou um modelo de dois factores para cada um dos três componentes (e.g. bondade vs auto-criticismo) da auto-compassão que se ajustava melhor aos dados por comparação com um modelo de factor único para cada componente. Os itens positivos e negativos foram então separados resultando em seis subescalas inter-relacionadas: bondade, auto-julgamento, humanidade comum, isolamento, mindfulness, sobreidentificação. Posteriormente os resultados determinaram que um factor único de ordem superior de auto-compassão poderia explicar a inter-relações entre as seis subescalas, indicando que esta escala pode ser analisada por meio de seus seis domínios separadamente ou como uma pontuação geral. Para a autora isto seria a evidência de que a escala representa um constructo coerente em vez de um conjunto de constructos relacionados mas diferentes. Neff (2003a) encontrou uma boa consistência interna para o total da escala e para as suas subescalas bem como boas validades convergente e divergente. A SCS foi adaptada e validada em vários países, na sua versão Portuguesa testada em amostras clínica e não-clínicas de adultos (Castilho, Pinto-Gouveia e Duarte, 2015). Estes autores confirmaram, com recurso a análises factoriais confirmatórias nos dois grupos, um bom ajustamento dos modelos: de seis factores de primeira ordem e do modelo de um factor de ordem superior da SCS. Além disso encontraram boas propriedades psicométricas e bons índices de consistência interna tanto para o factor geral como para as seis subescalas. Para adaptar a escala portuguesa para adolescentes foi realizado um estudo exploratório. Esta adaptação teve em conta as questões culturais e linguísticas, mas não alterou o conteúdo dos itens da versão original, apenas foram acrescentados alguns exemplos no final de alguns itens de forma a torná-los mais claros (e.g., “Tento ser afectuoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer (ex: fazer ou dizer algo que seja reconfortante para mim)”). No geral, os resultados mostraram boas propriedades psicométricas para a SCS, apesar de sua validade de constructo não ter sido analisada (Cunha, et al., 2013).

Cunha, et al., (2015a) realizaram um estudo de validação para adolescentes numa amostra comunitária onde obtiveram bons resultados

psicométricos. Os resultados confirmaram os seis factores da SCS, bem como o modelo de segunda ordem de uma factor superior e seis subfactores, da versão de original e ainda a invariância de género. A escala da auto-compaixão para adolescentes revelou bons índices de consistência interna tanto para o total da escala como para as seis subescalas.

Apesar do uso do constructo de auto-compaixão como um factor único nos seus estudos (Cunha et al., 2013; Cunha, et al., 2015^a; Neff, 2003a, 2003b; Neff, et al., 2007; Neff, Pisitsungkagarn & Heish, 2008), estudos recentes não têm conseguido confirmar esta estrutura de um factor de ordem superior para a SCS (Garcia-Campayo et al., 2014; Petrocchi, Ottaviani & Couyoumdjian, 2013; Phillipps & Ferguson, 2012).

Evidências sugerem que as subescalas são independentes e não medem um factor único de auto-compaixão, (Williams, Dalgleish, Karl, & Kuyken, 2014). Estes estudos testaram os modelos originais e outros alternativos e nenhum deles mostrou um ajustamento aceitável para os dados. Por sua vez sugeriram que um factor de ordem superior reduz o ajustamento do modelo. Ademais existem alguns estudos que têm referido a relevância de desconstrução do constructo da auto-compaixão em dois factores (fator auto-criticismo e factor auto-compaixão) quando em causa está a sua relação com diferentes psicopatologias (Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, (2013); Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, & Matos, 2013; MacBeth & Gumley, 2012). Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Castilho (2015) propuseram um modelo de dois factores de primeira ordem, testado através de análises factoriais confirmatórias. Este modelo apresentou dois grupos de 13 itens que se agrupavam no factor atitude auto-compassiva e no factor atitude auto-crítica, ambos os factores apresentaram bons índices de consistência interna.

Do nosso conhecimento esta escala ainda não foi aplicada nem estudada em amostras clínicas de adolescentes, nomeadamente com perturbação do comportamento. Este estudo propõe então testar a estrutura factorial da SCS numa amostra de adolescentes com perturbações disruptivas, e ainda estudar as relações entre a auto-compaixão e variáveis relevantes, como por exemplo auto-criticismo e auto-tranquilização, proximidade/ligação aos outros e vergonha externa. Deste modo o presente estudo poderá informar sobre o papel destes constructos na

determinação/manutenção do comportamento anti-social, bem como, identificar variáveis chave que devem ser contempladas na intervenção psicoterapêutica com estes adolescentes.

Objectivos

Esta investigação tem como objectivo testar a dimensionalidade e características psicométricas do modelo de medida da Escala de Auto-Compaixão para adolescentes numa amostra clínica de adolescentes com Perturbações do comportamento. Adicionalmente pretendeu-se estudar a validade de constructo recorrendo a associação da auto-compaixão com outras variáveis relevantes designadamente, a vergonha externa; auto-criticismo e auto-tranquilização e proximidade/ligação aos outros.

Metodologia

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 120 adolescentes entre os 14 aos 18 anos ($M=15.64$, $DP=1.16$), 86 rapazes (71.7%) e 34 raparigas (28.3%), com o diagnóstico principal de Perturbação do Comportamento ou Perturbação de Oposição. A recolha da amostra foi realizada em Centros Educativos do Ministério da Justiça (20 jovens, 16.7%), em instituições de acolhimento de menores (29 jovens, 24.2%), lares de infância e juventude (27 jovens, 22.5%), bem como em estabelecimentos de ensino regular (35 jovens, 29.2%) e profissional (9 jovens, 7.5%) do Centro/Norte do País (Distritos de: Aveiro; Coimbra e Leiria). Quanto ao nível académico, 100 jovens integravam o 2º e 3º ciclo (5º, 6º, 7º, 8º, 9º anos, 84.1%) e 19 estavam no ensino secundário (10º, 11º, 12º anos, 15.9%) sendo que apenas um sujeito se encontrava em situação de abandono escolar e a grande maioria (90.8%) já tinha reprovado pelo menos uma vez. Quanto ao nível socioeconómico 49.2% da amostra encontra-se num nível baixo ($n=59$), 39.2% num nível médio ($n=47$) e os restantes 11.7% num nível alto ($n=14$).

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de exclusão: iliteracia; défice cognitivo; sintomas psicóticos e diagnóstico de

Perturbação global do desenvolvimento. De um total de 168 jovens entrevistados, 48 foram excluídos do estudo (39 sujeitos porque não preenchiam critérios de inclusão, 2 sujeitos por apresentarem critérios de exclusão, 4 tinham outros diagnósticos principais que não Perturbação do comportamento ou Oposição e ainda 3 que recusaram continuar no estudo). Para a realização deste estudo foram contactadas, via correio electrónico ou presencialmente, 87 instituições nas valências indicadas anteriormente. Contudo, apenas tivemos 23 respostas positivas, 41 não responderam às várias formas de contacto e as restantes 23 responderam negativamente, alegando motivos de excesso de investigações a decorrer ou indisponibilidade para participar na investigação.

O número total de jovens (n=120) respondeu ao questionário sociodemográfico e à escala da Auto-compaixão. Apenas uma subamostra composta por 88 jovens responderam à escala que avalia a vergonha externa, e destes, só 86 responderam à escala do auto de Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização e à Escala da Proximidade e Ligação aos outros.

Instrumentos

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica internacional para crianças e adolescentes (M.I.N.I. KID, Sheehan, Shytle, Milo, & Janavs, 2010; versão portuguesa de Ribeiro da Silva, da Motta, Rijo & Brazão, 2012). É uma entrevista clínica estruturada de diagnóstico que avalia as perturbações mentais de Eixo I do DSM-IV (APA, 2014): perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção; perturbações de tiques; outras perturbações da 1ª infância e da 2ª infância ou adolescência; perturbações relacionadas com substâncias; esquizofrenia e outras perturbações psicóticas; perturbações do humor; perturbações de ansiedade e perturbações do comportamento alimentar e de adaptação. Tem ainda uma secção que permite um *screening* de perturbações globais do desenvolvimento e avaliação do risco de suicídio. A entrevista permite dois tipos de avaliação: uma categorial (existência ou não perturbação) e outra dimensional (número de critérios que o indivíduo preenche). Permite também ao entrevistador identificar um diagnóstico principal (no caso de preencher critérios para mais do que uma perturbação).

Escala da Auto-compaixão para Adolescentes (Self Compassion Scale for Adolescents, SCS-A, Neff, (2003a), Versão portuguesa para adolescentes: Cunha, Xavier & Castilho, (2015b)). É uma escala de auto-relato, constituída por 26 itens que se divide em seis subfactores: bondade (e.g., “Sou tolerante com os meus erros e inadequações (fracassos) ”); humanidade comum (e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como fazendo parte da condição humana (os humanos erram).”); *mindfulness* (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.”); auto-julgamento (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e preocupações.”); isolamento (e.g., “Quando falho nalguma coisa importante para mim, tenho tendência a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.”); e sobreidentificação (eg:” Quando alguma coisa dolorosa acontece, tenho tendência a exagerar a sua importância.”). Os participantes respondem a cada item de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a *Quase Nunca* e 5 a *Quase Sempre*. No estudo original, esta medida apresentou bons indicadores de consistência interna, com valores de *alpha de Cronbach* entre .75 e .81, para as seis subescalas, e de .92 para a escala total (Neff,2003a). Na sua versão portuguesa para adolescentes da população geral apresenta uma boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* para escala completa de .88 e para as seis subescalas o valor de α variou entre .70 e .79, o que nos sugere índices de consistência interna adequados (Cunha, et al., 2015a). Neste estudo, para uma população com perturbações do comportamento, esta escala apresenta igualmente, no geral, boa consistência interna, para o total da escala um *alfa* de .89, e para as seis subescalas os índices de consistência interna variara entre .52 e .75.

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros para Adolescentes (*Social Safeness and Pleasure Scale*, SSPS-A, Gilbert et al., 2009; versão portuguesa para adolescentes: Castilho, Dinis, Xavier, & Brazão, 2015 manuscrito não publicado). Esta escala de auto-resposta avalia em que medida as pessoas experienciam o mundo como seguro, acolhedor e calmante. É constituída por 11 itens que reflectem a forma como as pessoas se podem sentir em diferentes situações de interação social (e.g., “ sinto-me satisfeito(a) nas minhas relações com os outros; sinto-me seguro(a) e

querido(a) pelos outros; Sinto que as pessoas com quem me relaciono me tratam calorosamente (com cuidado e afecto)”). As respostas são dadas numa escala tipo *Lickert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a *Quase Nunca* e 5 a *Quase Sempre*. No estudo original, a escala revelou uma consistência interna muito boa, apresentando um alfa de *Cronbach* para o somatório total de .92 (Gilbert et al., 2009). No seu estudo para a população portuguesa apresentou índices de consciência interna de .91 (P. Castilho, comunicação pessoal, 2 Dezembro, 2015). No presente estudo, esta escala apresentou um índice de consistência interna de .86.

Escala da Vergonha Externa (versão reduzida) para Adolescentes (*Other as Shamer Scale (Brief) - Adolescent*, OASB-A, Goss, Gilbert, & Allan, 1994; versão portuguesa para adolescentes: Cunha, Xavier, Cherpe, & Pinto-Gouveia, 2015). Esta escala é um instrumento de auto-resposta que deriva de uma versão longa composta por 18 itens que avaliam a vergonha externa em três dimensões: *inferioridade*, *vazio* e *como os outros se comportam quando me veem a cometer erros* (Goss et al., 1994). A versão reduzida, unidimensional é composta por 8 itens, que tem como objectivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem, (e.g: “penso que as outras pessoas me desprezam”) Os itens são cotados através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a *Nunca* e 4 a *Sempre*. Quanto maior o valor total obtido pelo sujeito, maior a vergonha externa que este experimenta (Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo, 2015). Num estudo com adolescentes portugueses da população normal, a OASB-A apresentou uma consistência interna de .92 (Cunha et al., 2015). Numa amostra forense de adolescentes portugueses a escala apresentou um índice de .89 (Vagos. Ribeiro da silva, Brazão, rijo & Gilbert, 2016). Para a amostra deste estudo o índice de consistência interna foi de .81.

Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização para Adolescentes (*Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*, FSCRS-A, Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, (2004); versão portuguesa para adolescentes: Silva & Salvador, (2010)) é um instrumento de auto-resposta que avalia a forma como as pessoas se auto-criticam e auto-tranquilizam quando enfrentam situações de fracasso e erro. É constituído por 22 itens, organizados em três subescalas: “Eu Inadequado”, que avalia o sentimento de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros (e.g., “desaponto-me facilmente comigo mesmo(a)”; “Eu Detestado”, que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada na raiva e aversão perante situações de fracasso (e.g: “tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a)”; “Eu Tranquilizador”, que avalia uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o eu (e.g: “Continuo a gostar de quem sou”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, em que 0 corresponde a “*eu não sou assim*” e 4 a “*sou extremamente assim*”. Na versão original este instrumento apresentou uma boa consistência interna nas três subescalas .90 para “Eu inadequado”, .86 para “Eu detestado e .86 para “Eu tranquilizador” (Gilbert et al., 2004). Na versão portuguesa em adultos apresentou uma consistência interna de .89 para o “Eu Inadequado”, .87 para “Eu Tranquilizador” e .72 para o “Eu Detestado” (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013). Na versão para adolescentes apresentou uma consistência interna de .90 para o “Eu Inadequado”, .86 para “Eu Tranquilizador” e .72 para o “Eu Detestado” (Silva & Salvador, 2010). Neste estudo para adolescentes de uma população clínica com perturbações do comportamento os valores dos índices de consistência interna para as três subescalas foram: .87 para “Eu inadequado”, .81 para “Eu Tranquilizador” e de .81 para o “Eu Detestado”.

Procedimento

Após aprovação da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (no caso dos menores a cumprir medida tutelar educativa de internamento), da direcção das instituições de acolhimento e dos estabelecimentos de ensino, os jovens (referenciados por problemas de comportamento e sem défice cognitivo ou sintomas psicóticos) previamente seleccionados pelo psicólogo em cada instituição, foram convidados a participar de forma

voluntária na investigação.

Depois de uma breve explicação dos objectivos do estudo foi solicitado a cada participante ou tutor legal (no caso de indivíduos menores de 18 anos) o preenchimento de um consentimento informado.

Numa primeira etapa os participantes foram avaliados através de uma entrevista clínica estruturada (M.I.N.I. KID) para que se cumprissem os critérios de inclusão necessários. Eram estes, a existência de diagnóstico principal de Perturbação do comportamento ou Perturbação de posição e desafio, sem sintomas psicóticos comórbidos.). Todos os participantes elegíveis para o estudo responderam, posteriormente a um protocolo constituído por quatro medidas de autorrelato. Estas avaliaram a auto-compassão (SCS-A), proximidade/ligação aos outros (SSPS), a vergonha externa (OASB-A), e o auto-criticismo e auto-tranquilização (FSCRs). A ordem dos instrumentos de resposta administrados aos participantes foi aleatorizada para controlar efeitos de fadiga. Simultaneamente com as medidas foi administrada uma ficha de caracterização que avaliou os seguintes parâmetros: idade, anos e escolaridade concluídos, ano de escolaridade que frequenta, número de reprovações, abandono escolar e nível socioeconómico. A recolha destes dados foi realizada pelo grupo de investigadores e decorreu entre fevereiro e julho de 2016. Esta investigação obedeceu a todos os princípios éticos e deontológicos, mantendo a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Análises estatísticas

A análise dos dados recolhidos foi feita através dos *softwares* MPLUS v.7.4 (Mothén & Mothén, 2015) e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 22).

Procedeu-se à realização de estatísticas descritivas (médias, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas percentuais), com o objectivo de caracterizar a amostra do presente estudo.

Para estudar a estrutura factorial da medida, realizaram-se análises factoriais confirmatórias (AFC) no MPLUS. Para o teste do ajustamento do modelo da medida, foram analisados os seguintes índices: *Comparative Fit Index* (CFI) ≥ 0.90 , *Root Mean Square* (error approximation) (RMSEA) ≤ 0.06 , *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) ≤ 0.08 , como proposto por

Hair, Black, Babin e Anderson (2009). Os índices de consistência interna e a validade de constructo da medida foram calculados respectivamente através do *alfa de Cronbach* e do coeficiente de correlação de *Pearson* ambos no SPSS. Foram usados como critérios de referência os de Pestana e Gageiro (2005) quer para os *alfa de Cronbach* (inferior a .60 inadmissível, entre .60 e .70 fraco, entre .70 e .80 razoável, entre .80 e .90 bom e superior a .90 muito bom), quer para os *r de Pearson* (associações muito baixas entre as variáveis para valores inferiores a .20; correlações baixas para um valor entre .21 e .39; correlações moderadas entre .40 e .69; entre .70 a .89 elevadas; superior a .90 muito elevadas).

De seguida, procedeu-se à análise da validade convergente e divergente, recorrendo ao cálculo das correlações de *Pearson*, entre a Auto-compaixão e restantes medidas cujos constructos se esperam relacionados entre si: a vergonha externa, a proximidade e ligação aos outros e o auto-criticismo e auto-tranquilização.

Resultados

Análises Preliminares

De modo a decidir qual o estimador a usar para conduzir a análise dos resultados na análise confirmatória, testámos a normalidade dos dados, os resultados indicaram que os dados não seguem uma distribuição normal. Usou-se como referência para esta decisão o valor de significância do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em várias medidas testadas valores da significância estatística foram inferiores a .05, motivo pela qual se rejeitou a hipótese de estarmos perante uma distribuição normal dos resultados, assumindo-se assim a utilização de testes não paramétricos. Consequentemente, usou-se o MLR (*Maximum likelihood robust*) como estimador para a análise dos dados dimensionais.

As análises descritivas feitas às variáveis em uso neste estudo indicaram bons valores de consistência interna para todas as medidas. Analisaram-se as médias e os desvios padrão da escala de Proximidade e Ligação aos outros ($M = 38.03$, $DP = 8.87$), das dimensões “Eu detestado” ($M = 4.36$, $DP = 4.51$), “eu inadequado” ($M = 14.02$, $DP = 8.00$) e “Eu

tranquilizador” ($M = 18.15$, $DP = 6.82$) da Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização e ainda da Escala da Vergonha Externa ($M = 9.25$, $DP = 5.09$).

Análise Factorial Confirmatória (AFC)

Com o objectivo de testar a solução factorial da escala de auto-compassão, quer do estudo original de Neff (2003a), quer do estudo de Cunha et al. (2015a) com adolescentes comunitários, foram realizadas várias análises factoriais confirmatórias para testar os modelos já estudados, quer o modelo de seis factores intercorrelacionados, quer o modelo de um factor geral de ordem superior com seis subfactores (Cf. anexo A, Figuras 2 e 3). O modelo de seis factores mostrou um ajustamento marginal aos dados. Contudo os valores dos índices, nomeadamente $CFI = .79$, não permitiram que o modelo pudesse ser aceite (Cf. Quadro 1). Relativamente ao modelo de ordem superior (um factor de segunda ordem e seis subfactores), os valores dos índices de ajustamento pioraram consideravelmente, revelando-se o modelo com pior ajustamento ($RMSEA = .075$; $SRMR = .102$; $CFI = .73$).

Como os primeiros modelos não apresentaram índices de ajustamento razoáveis, realizámos uma AFC para o modelo de dois factores de 1ª ordem, sugerido pela literatura como uma alternativa viável (Costa, et al., 2015), esta solução de dois factores de 1ª ordem tem sido sugerida também em alguns estudos que usaram esta medida de auto-compassão (Ferreira et al., 2013; Galhardo et al., 2013; MacBeth & Gumley, 2012). Este modelo apresenta dois grupos de 13 itens que se agrupam em dois factores: atitude auto-compassiva e atitude auto-critica (Cf. anexo A, Figura 4). Também este modelo revelou índices de ajustamento baixos na nossa amostra ($RMSEA = .069$, $SRMR = .086$, $CFI = .077$), pelo que não pode ser considerado ajustado aos dados (Cf. Quadro1).

Tendo em conta que nenhuma das soluções factoriais testadas, definidas a partir do que está descrito pela literatura, ou sugeridas pelos estudos mais recentes acerca da dimensionalidade da medida, apresentou índices de ajustamento aceitáveis, definiu-se um novo modelo de medida. Neste novo modelo, os seis factores originais de 1ª ordem agruparam-se em

dois factores de ordem superior, denominados: factor auto-compaixão (bondade, mindfulness e humanidade comum), e auto-criticismo (auto-julgamento; isolamento; sobreidentificação) (Cf. Anexo A, Figura 5). Esta estrutura partiu da junção dos dois modelos testados anteriormente onde foram encontrados índices de ajustamento marginais (modelo de dois factores de 2ª ordem e o modelo dos seis factores intercorrelacionados).

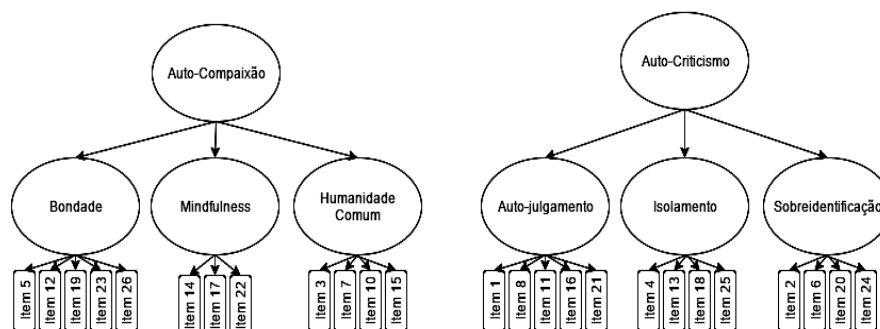


Figura 1. Modelo de dois fatores de segunda ordem e seis subfatores modificado

O modelo assim definido apresentou uma melhoria na maioria dos índices de ajustamento, não atingindo ainda, valores de referência que permitam a sua aceitação. Após a análise dos índices de modificação, permitiu-se então a correlação entre os resíduos dos itens 23 e 26, 10 e 7 e ainda a exclusão do item 9 (“Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções)”), por apresentar um *loading value* demasiado baixo ($\lambda = .257$). Com este melhoramento o modelo de medida revelou uma melhoria significativa para todos os índices de ajustamento (Cf. Quadro 1).

Quadro1. Índices de ajustamento da Análise Fatorial Confirmatória para o modelo de dois factores de 2ª ordem e seis subfactores

	χ^2	<i>df</i>	RMSEA	CI for RMSEA	SRMR	CFI	AIC
Modelo de seis factores	440.590*	284	0.068	.055; .080	0.085	0.794	9275.075
Modelo de 2ª ordem 1F+6F	492.127*	293	0.075	.064; .087	0.102	0.738	9322.837
Modelo de 1ª ordem 2F	467.810*	298	0.069	.057; .081	0.086	0.777	9289.950
Modelo de 2ª ordem 2F+6F	444.930*	292	0.066	.053; .078	0.087	0.799	9267.931
Modelo de 2ª ordem 2F+6F Modificado	379.052*	267	0.059	.045; .072	0.081	0.845	8869.710

Nota. *df*= degrees of freedom. CFA = confirmatory factor analysis; RMSEA = root mean square error of approximation; CI for RMSEA confidence interval for root mean square error of approximation; SRMR = standardized root mean square residual; CFI = comparative fit index; AIC = Akaike. * $p < .05$

Tendo em conta o ajustamento sugerido pelo modelo, no que diz respeito aos valores das correlações dos 25 itens com os respectivos factores em que estão inseridos, verificou-se que todos apresentam valores de correlação que variam entre .32 (item .26) e .63 (item 10). Os 25 itens contribuem para um bom índice de consistência dos dois factores de 2ª ordem (Auto-compaixão $\alpha = 0.83$ e Auto-criticismo $\alpha = 0.87$), bem como para cada um dos subfactores em que os *alphas* de Cronbach variaram entre .52 (Mindfulness) e .76 (Isolamento). Adicionalmente, todos os itens contribuem para a consistência interna da escala da versão portuguesa para adolescentes com perturbações disruptivas, na medida em que a remoção de algum item não incrementaria a consistência interna. Os resultados dos valores dos *loadings* para 25 itens no modelo eleito foram estatisticamente significativos ($p \leq .001$) com valores entre .33 (item 26) e .78 (item 7) (Cf. Quadro 2).

Quadro 2. Loadings, médias e desvios-padrão e índices de consistência interna dos itens (n=25), factores e subfactores da SCS para o modelo de dois factores 2º ordem e seis subfactores (2F+6)

Escala de Auto-Compaixão para adolescentes	λ	M	dp
Auto -Compaixão (α = 0.83)		32.99	8.35
Humanidade comum (α = 0.72)		11.68	3.66
3. Quando me sinto mal, vejo as coisas como fazendo parte da vida (...)	0.51	3.02	1.17
7. Quando estou “em baixo” lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo como eu.	.078	2.82	1.29
10. Quando me sinto inadequado(a) ou fracassado(a) (...), tento lembrar-me que a maioria das pessoas (...) também sente o mesmo.	0.91	2.73	1.17
15. Tento ver os meus erros e falhas como fazendo parte da condição humana (...)	.046	3.13	1.33
Mindfulness (α = 0.52)		8.16	2.57
14. Quando alguma coisa dolorosa me acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.	0.54	2.91	1.22
17. Quando falho em alguma coisa importante para mim, tento analisar as coisas sem dramatizar.	0.46	2.77	1.19
22. Quando me sinto “em baixo” tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura (...)	0.55	2.48	1.19
Bondade com o próprio (α = 0.65)		13.15	3.62
5. Tento ser afectuoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer (...)	0.47	2.83	1.2
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida, sou compreensivo(a) e afectuoso(a) comigo mesmo(a).	0.53	2.74	1.13
19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	0.61	2.48	1.08
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações (fracassos).	0.56	2.42	1.06
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.	0.33	2.68	1.12
Auto-Criticismo (α = 0.87)		34.05	9.92
Auto-julgamento (α = 0.75)		13.07	4.33
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e preocupações.	0.50	2.53	1.06
8. Quando passo por tempos difíceis tenho tendência a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).	0.62	2.67	1.29
11. Sou intolerante e pouco paciente e relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.	0.65	2.50	1.11
16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto, fico “em baixo”.	0.69	2.58	1.25
21. Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	0.61	2.80	1.37
Isolamento (α = 0.76)		10.86	3.74
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos, sinto-me mais à parte (...)	0.63	2.73	1.19
13. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.	0.72	2.79	1.32
18. Quando me sinto com muitas dificuldades, tenho tendência a pensar que, para as outras pessoas, as coisas são mais fáceis.	0.63	2.68	1.17
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim, tenho tendência a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.	0.67	2.67	1.23
Sobreidentificação (α = 0.61)		10.13	3.16
2. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência a ficar agarrado(a) e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que esta errado.	0.54	2.41	1.15
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim torturo-me com sentimentos de inadequação (fracasso).	0.48	2.40	1.19
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, deixo-me levar pelos meus sentimentos.	0.61	2.77	1.19
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tenho tendência a	0.51	2.55	1.11

exagerar a sua importância.

Nota: Loadings (L), Médias (M); Desvio-padrão (DP); Alpha the Cronbach (α)

Validade convergente e divergente

Para analisar a validade convergente e divergente foram calculados coeficientes de correlação de Pearson entre a Escala de Auto-Compaixão (SCS-A), a Escala da Vergonha Externa (OASB-A), a Escala de Proximidade e Ligação aos outros (EPLO) e a escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-Tranquilização para adolescentes (FSCRS-A) (Cf. Quadro 3).

De acordo com o teoricamente esperado, quer o factor de ordem superior, auto-compaixão quer os subfactores que o constituem associaram-se positivamente com a dimensão “eu tranquilizador” das escala FSCRS-A com valores de associação bastantes expressivos (correlações moderadas). Foram também encontradas correlações moderadas entre o factor de 2ª ordem da Auto-compaixão e os seus subfactores e por um lado e a medida de proximidade e ligação aos outros, por outro.

No que diz respeito ao Auto-criticismo (factor de 2ª ordem e dimensões nele agrupadas) foram encontradas associações significativas (correlações moderadas a elevadas) com a subescala do “eu inadequado” e correlações baixas a moderadas com a subescala do “eu detestado” da FSCRS-A. Relativamente a escala da vergonha externa, também de acordo com o teoricamente previsto, foram encontradas associações significativas (correlações baixas) entre esta e o factor auto-criticismo da SCS-A em todas as suas dimensões.

Quadro 3. Coeficientes de correlação de Pearson entre a Escala da Auto-compaixão, FSCRS-A, OASB-A e EPLO

SCS-A	FSCRS-A			OASB-A	EPLO
	"Eu Detestado"	"Eu Inadequado"	"Eu Tranquilizador"		
Auto-compaixão	.050	.302**	.558**	.031	.407**
Humanidade Comum	.042	.385**	.509**	.102	.370**
<i>Mindfulness</i>	.075	.279**	.358**	.071	.284**
Bondade	.020	.099	.509**	-.085	.358**
Auto-criticismo	.443**	.774**	.207	.366**	.094
Auto-julgamento	.379**	.694**	.279**	.311**	.345
Isolamento	.402**	.691*	.143	.320**	.278
Sobreidentificação	.439**	.639**	.121	.382**	.842

SCS-A: *Self-compassion Scale for adolescents*; FSCRS-A: *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale for adolescents*; OAS-B: *Other as Shamer (Brief) for adolescents*; EPLO: Escala de Proximidade e Ligação aos outros **p<0.001.

Discussão

Ao longo dos últimos anos tem vindo a aumentar o interesse no estudo da auto-compaixão, quer devido à sua relação com a saúde mental quer pela sua associação a níveis reduzidos de psicopatologia (Barnard & Curry 2011; Germer & Neff, 2013; Neff, 2004). Neff e McGehee (2010) sugerem a importância deste conceito nas experiências vividas na adolescência. Contudo, a maioria dos estudos têm recorrido a amostras constituídas por adultos (Cunha et al., 2015a). Este estudo procurou analisar a estrutura dimensional e as propriedades psicométricas da escala de auto-compaixão, numa amostra clínica de adolescentes (n=120), com perturbação do comportamento ou oposição, diagnosticadas com recurso a uma entrevista estruturada de diagnóstico neuropsiquiátrica para crianças e adolescentes.

Um dos objectivos deste estudo era o de testar, nesta amostra clínica, a mesma estrutura factorial da Escala da Auto-compaixão encontrada por Neff (2003a) no estudo original e por Cunha et al. (2015a) no seu estudo com adolescentes da população normal.

Os resultados das análises factoriais confirmatórias não confirmaram as estruturas dos modelos originais encontrados pela autora original da escala Neff, (2003a), ou por Cunha et al. (2015a). Os índices de ajustamento para o modelo dos seis factores e para o modelo de 2ª ordem de um factor de

ordem superior e seis subfactores mostraram-se pobres. Tendo em consideração estudos recentes que não conseguiram confirmar as estruturas originais da Escala da auto-compaixão (Garcia-Campayo et al., 2014; Petrocchi et al., 2013; Phillipps & Ferguson, 2012), e investigações que mostraram a relevância da desconstrução do constructo da auto-compaixão em dois factores (auto-compaixão e auto-criticismo) (Galhardo et al., 2013; Ferreira et al., 2013; MacBeth & Gumley, 2012). Testou-se a estrutura factorial de dois factores de 1ª ordem encontrada por Costa et al., (2015) e por Lópes et al., (2015), também este modelo de medida não se revelou aceitável nos seus índices de ajustamento global. O presente estudo definiu um novo modelo em que seis factores originais de 1ª ordem se agrupam em dois factores de ordem superior, denominados de auto-compaixão e auto-criticismo. Os resultados para este modelo de medida, depois de feitas as modificações sugeridas no tratamento estatístico dos dados, mostraram-se bastante melhores do que os testados anteriormente (modelo dos seis factores, modelo de um factor de ordem superior com seis factores e o modelo de dois factores de 1ª ordem) pelo que se considerou este modelo o mais adequado para traduzir a dimensionalidade e estrutura hierárquica da escala de Auto-compaixão. Encontraram-se bons índices de consistência interna quer para os dois factores de 2ª ordem, quer para a maioria dos seis subfactores de 1ª ordem. Porém, o subfactor *mindfulness*, apresentou um alfa de cronbach de .52 (inadmissível) considerado muito baixo. Curiosamente este, é o factor onde foi excluído o item 9 (“Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções)”), uma possível explicação para o comportamento do item 9 pode estar relacionada com diferenças na interpretação deste item, por um lado, pode ser interpretado como: controlo-me no sentido de me afastar da emoção não a sentindo, ou por outro lado, controlo-me no sentido de não expressar qualquer emoção. Estas interpretações também se afastam do conceito de *mindfulness* que está relacionado com a aceitação do nosso sofrimento direccionando a atenção para a dor e não para a supressão ou evitamento do mesmo (Neff, 2003b). Assim o baixo índice de consistência interna deste subfactor deve-se ao facto do subfactor ter ficado reduzido a apenas três itens e ainda á própria natureza dos itens, que na sua formulação pode ser de difícil interpretação para estes jovens.

Os resultados das análises factoriais confirmatorias são inconsistentes com a conceptualização de Neff (2003a), a autora conduziu AFC para cada um dos três componentes da auto-compaixão e os resultados mostraram que cada um compreende dois factores, um positivo e outro negativo consoante a formulação dos itens neles incluídos (e.g. bondade vs autocrítica). Por outro lado, quando analisámos todos os itens em simultâneo (em vez de cada componente isoladamente), os itens positivos agruparam-se em três grupos (*mindfulness*, humanidade comum, bondade) que juntos constituem um factor de ordem superior, Auto-compaixão. Por outro lado, os itens negativos dividiram-se por outros três grupos (auto-julgamento, sobreidentificação e isolamento) que integram o constructo de ordem superior Auto-criticismo. Com este fundamento podemos sugerir que, quer do ponto de vista metodológico, quer do ponto de teórico, é correto dizer que esta escala parece medir dois constructos diferentes, sendo eles a auto-compaixão (através dos itens que correspondem as três componentes positivas) e o auto-criticismo (através dos itens que correspondem as três componentes negativas). Este modelo de dois factores é concordante com a perspectiva neurobiológica, de que a auto-compaixão promove regulação afectiva, equilibrando a atividade de dois sistemas separados (sistema de *soothing* e sistema de ameaça-defesa). Se por um lado, ativa o sistema de *soothing*, onde sentimentos de afiliação e segurança e calor são experienciados, por outro desativa o sistema de ameaça-defesa associado com sentimentos de insegurança e defesa (Gilbert, 2009). Resultados de um estudo de Longe et al. (2010), que recorreu á ressonância magnética funcional (fMRI) suportam, indiretamente, a estrutura de dois factores. O autor encontrou diferenças na activação de regiões cerebrais durante as respostas auto-compassivas e auto-criticas. O pensamento autocrítico estava associado com activação de regiões do cérebro relacionadas com processamento/resolução do erro, enquanto que a auto-tranquilização estava associada com regiões eram também ativadas quando eram expressadas compaixão e empatia pelos outros. De acordo com Longe et al. as diferenças destes correlatos neuronais suportam a ideia de serem processos independentes.

Numa análise mais detalhada do conteúdo dos itens podemos verificar que os itens que constituem os factores positivos da escala (factor de

2ª ordem Auto-compaixão e os subfactores que o constituem (e.g. “sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento”) estão claramente relacionados com a capacidade de se ser caloroso, fonte de suporte e segurança com o eu característicos do sistema de *soothing*. Pelo contrário, os itens que constituem o factor de 2ª ordem e as suas dimensões de 1ª ordem (e.g. “posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento”) tendem a refletir uma atitude crítica, julgadora e dura com o eu, claramente ligada à ativação do sistema de ameaça-defesa. Assumindo uma estrutura unitária da escala, defendida por Neff (2003a,b), em que itens que estão ligados a sistemas de regulação opostos são incluídos no mesmo factor, a presença de um polo implica a ausência do outro. Assim, invertendo os itens do factor negativo obteríamos um *score* total auto-compaixão. Contudo, tal como referido nos resultados encontrados por Costa et al. (2015), não é possível afirmar que a variação do factor da pontuação total se deve exclusivamente ao aumento ou diminuição de apenas um dos factores. Os resultados encontrados no presente estudo corroboram esta premissa, uma vez que o comportamento dos dois factores de 2ª ordem (auto-compaixão e auto-criticismo) da Escala de auto-compaixão relativamente às associações com as restantes medidas, permite-nos refletir quanto à possibilidade de diferenças entre os dois conceitos que não se devem exclusivamente a uma relação de bipolaridade. A título de exemplo, seriam de esperar correlações negativas entre o factor auto-criticismo da Escala da Auto-compaixão e a dimensão “eu tranquilizador” da escala da Escala das formas de auto-criticismo e Auto-tranquilização, uma vez que esta última apresenta associações positivas com o factor “auto-compaixão” da SCS. No entanto, esta relação antagónica não está refletida nos resultados.

A análise das correlações mostra associações que sustentam a concepção teórica de que a auto-compaixão se associa a sentimentos e atitudes de tranquilização e apaziguamento. De igual modo, a valores mais elevados de auto-compaixão (em qualquer uma das suas três facetas) está associado maior sentimento de proximidade e ligação aos outros, resultados estes que vão de encontro ao que está descrito pela literatura de que a auto-compaixão aumenta o nosso bem-estar providenciando ao indivíduo segurança, aliviando o seu sofrimento e deixando-o emocionalmente calmo

(Gilbert, 2005; Gilbert & Proctor 2006; Neff, Hsieh & Deijitterat, 2005).

No que diz respeito às associações entre o factor de ordem superior de auto-criticismo e aos subfactores nele incluídos, foram encontradas associações significativas e expressivas entre estas variáveis e as dimensões “eu detestado” e “eu inadequado” da medida de FSCRS e a medida de vergonha externa, no sentido teoricamente expectável (Gilbert 2010, Gilbert & Procter, 2006).

A literatura tem salientado que o auto-criticismo pode assumir duas funções (autocorreção e auto-perseguição) e que são estas que determinam a sua forma (“eu inadequado” ou “eu detestado”). O Eu Inadequado relaciona-se como sentimentos de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros, já o Eu Detestado relaciona-se com uma resposta mais destrutiva, baseada na auto-aversão, raiva e repugnância perante situações de fracasso, caracterizada por uma relação com o eu não gostada e por um desejo de magoar, perseguir e agredir o eu (Gilbert et al. 2004). Os dados que obtivemos para esta população tornaram evidentes valores mais elevados na relação entre o auto-criticismo da Escala da Auto-compassão e a dimensão “eu inadequado”, por comparação aos valores obtidos para a associação entre auto-criticismo e o “eu detestado”. Uma possível explicação para estes resultados pode relacionar-se com o facto de itens que constituem as dimensões do auto-criticismo da escala da auto-compassão se assemelharem aos itens da subescala do “eu inadequado” da medida das formas de auto-criticismo e auto-tranquilização. Por outras palavras, aquilo que chamamos de auto-criticismo parece, na maioria destes sujeitos, associar-se a uma atitude do “eu com o eu”, em que nos autocriticamos porque merecemos e para nos corrigirmos de maneira a não voltarmos a errar no futuro. O facto das associações do auto-criticismo, tal como é medido na SCS e a dimensão “eu detestado” da Escala Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização serem moderadas, pode ser compreendido de várias formas. Por um lado, e uma vez que o “eu detestado” assume uma forma de auto-ataque pautada por sentimentos de desprezo e crítica mais severos (tal como o nojo), o grau de endosso desses mesmos itens para esta população, nesta fase de desenvolvimento, pode ser menos frequente (pelo menos nos valores superiores da medida) do que a variabilidade do endosso dos itens que avaliam o auto-criticismo na SCS, contribuindo assim para valores de

associação menos elevados. Uma explicação alternativa, não mutuamente exclusiva, pode estar relacionada com a manutenção de estratégias de evitamento/defesa presentes na resposta a estes itens mais ativadores de afecto negativo relacionado com o eu. Indivíduos com uma alta exposição a eventos traumáticos (Abram et al., 2004; Dierkhising et al., 2013; Willis et al., 2013) tendem a lidar com emoções negativas com adormecimento emocional (Kerig et al., 2012), ou seja, de modo a evitar sofrimento e afecto negativo os indivíduos respondem de forma superficial (com pouca activação emocional) a estes itens.

Um resultado menos esperado foi encontrado nas associações entre o factor auto-compaixão e a dimensão “eu inadequado” (associações baixas). Foi também obtido um resultado idêntico entre as dimensões humanidade comum e *mindfulness* da SCS-A e o “eu inadequado”. Curiosamente, as associações da auto-compaixão e o “eu detestado” não são significativas. Uma possível justificação para estes resultados pode estar relacionada com a possível função adaptativa das estratégias de auto-criticismo avaliadas pelos itens da dimensão “eu inadequado”, que contribuem para melhoria do individuo e para a sua correção que, não sendo uma atitude tão destrutiva, é de alguma forma concordante com indivíduos que também pontuam na auto-compaixão.

Outro resultado menos esperado foi encontrado na relação entre a dimensão auto-julgamento da SCS e a dimensão “eu tranquilizador” da FSCRS (associação positiva fraca). É possível que indivíduos que endossem o auto-julgamento de maneira mais acentuada recorram também, com alguma frequência, a pensamentos e atitudes tranquilizadoras. No entanto, a ser encontrada em futuros estudos, esta associação carece de maior aprofundamento por parte dos investigadores.

No geral, os resultados confirmam as duas dimensões do auto-criticismo da FSCRS-A (“eu detestado” e “eu inadequado”) corroborados pela diferente associação das suas dimensões com a auto-compaixão. O comportamento dos dois factores de 2^a ordem da SCS com as associações com as restantes medidas podem, tal como referido anteriormente, levar a reflexões quanto às diferenças dos conceitos, não exclusivamente no sentido de uma relação de bipolaridade e antagonismo.

Implicações Clínicas

A utilização de medidas de auto-resposta tem na clínica vantagens, quer pela facilidade de preenchimento, quer pelo reduzido tempo que requerem. Por outro lado, permitem caracterizar o sujeito em avaliação e intervenção, comparando as pontuações deste com dados disponíveis na sua faixa etária género e área geográfica. No entanto não é incomum tomarmos como fiáveis pontuações de dimensões totais de uma qualquer medida de auto-resposta sem que a mesma tenha sido validada para a idade do sujeito. Noutros casos, estão disponíveis normas para a mesma faixa etária, mas não foi testado o modelo de medida conceptual proposto ou até já confirmado em amostras de idades diferentes do sujeito em avaliação ou intervenção.

Os resultados do estudo aqui apresentado tornaram evidentes limitações do modelo da Escala da Auto-compaixão inicialmente proposto e sugerem que qualquer uso clínico da escala deve ser feito com cuidados acrescidos de modo a evitarem-se inferências duvidosas. É sugerido um novo modelo de medida que ajusta melhor nesta faixa etária e nesta população, mas que deve ser testado e corroborado em estudos futuros com esta amostra clínica em igual idade desenvolvimental.

Limitações e sugestões futuras

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração para análise dos resultados, começando pela representatividade da amostra, pois insurge-se como reduzida e com pouca variedade de género. Seria importante repetir o estudo numa amostra maior de adolescentes com problemas de comportamento e com número mais equilibrado de rapazes e raparigas. Outra limitação, relaciona-se com a utilização exclusiva de instrumentos de autorresposta para a avaliação da auto-compaixão. Também a não inclusão de uma escala de desejabilidade social no protocolo é limitativo, seria importante controlar esta possibilidade dado o carácter de autorresposta na recolha dos dados. Outra lacuna presente neste estudo prende-se a inexistência de teste-reteste de modo que se sugere que estudos futuros testem a estabilidade temporal do instrumento.

Conclusões

Este estudo, apresenta-se como o primeiro a estudar a escala da Auto-compaixão numa amostra clínica de adolescentes com Perturbação do Comportamento ou Perturbação de Oposição. As propriedades psicométricas da escala da auto-compaixão para adolescentes permitem o seu uso em adolescentes com perturbações do comportamento, apresentando-se como um recurso importante para a prática clínica na compreensão de como estes adolescentes se relacionam consigo próprios. Contudo, este estudo não conseguiu confirmar as estruturas factoriais propostas pela autora original Neff (2003a). Porém, os resultados permitem sustentar outro modelo dimensional da medida. Neste modelo as seis subescalas do modelo original são agrupadas em dois factores de 2ª ordem, o fator auto-compaixão que inclui as subescalas bondade, humanidade comum e mindfulness e o fator auto-criticismo que inclui as subescalas auto-julgamento, isolamento e sobreidentificação.

Como tal o uso desta medida nesta população deve ser efectuado com cuidado, uma vez que este estudo não suporta a utilização desta escala como um *score* total de autocompaixão. Contudo recomenda-se que futuros estudos analisem a estrutura factorial da SCS, nomeadamente o modelo de medida proposto neste estudo, em populações clínicas de adolescentes com perturbações do comportamento.

Bibliografia

- Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of general Psychiatry*, *61*, 403-410. doi: 10.1001/archpsyc.61.4.403
- Association, A. P. (2014). *Manual de Diagnostico e Estatistica das Perturbações Mentais* (5 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baldwin, M. W., & Dandeneau, S. D. (2005). *Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity*. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 33-61). New York: Guilford Press.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, *15*, 289–303. doi: 10.1037/a0025754
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame and anger. *Child Maltreatment*, *10*, 311–323. doi: 10.1177/1077559505278619
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J., (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, *54*, 63-86.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2013). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, *22*(2), 153-164. doi: 10.1002/cpp.1881
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, *9*, 856-870. doi: 10.1002/jclp.22187
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J. Ferreira, C. Castilho, P. (2015) Validation of the Psychometric Properties of the self-Compassion Scale. Testing the Factorial Validity and Factorial Invariance of the Measure among Borderline Personality Disorder, anxiety Disorder,

- Eating disorder and General Populations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1974
- Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2015a). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*. doi:10.1016/j.paid.2015.09.023
- Cunha, M., Xavier, A., Cherpe, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015b). Avaliação da vergonha em adolescentes: The Other as Shamer Scale [The assesment of shame in adolescents: The Other as Shamer Scale]. (Manuscript for publication).
- Cunha, M., Xavier, A. & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compassão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Auto-Compaixão. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4, 95–117.
- Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R., & Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20274
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 207–210. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.01.005.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López- Artal, L., & Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 110, 12–14. I:10.1186/1477-7525-12-4.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 497-507. doi:10.1007/s10880-013-9370-3.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical Practice. *Clinical Psychology*, 856-867. doi: 10.1002/jclp.22021
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT Distinctive*

- features series*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 9-7. London: Routledge
- Gilbert, P. (2009) *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1999). Recall of Shame and Favouritism in relation to psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-372.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516. doi:10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R. & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6, 135- 143.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., & Tirsch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness, and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness*, 99–110. New York: Springer.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., Bellew, R. & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6, 135-143.
- Gold, J., Wolan, M., & Lewis, M. (2011) The relation between abuse and violent delinquency: The conversion of shame to blame in juvenile offenders, *Child Abuse & Neglect*, 35, 459-467. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.02.007

- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I: The “Other as Shamer Scale”. *Personality and Individual Differences*, *17*, 713-717. doi:10.1016/0191-869(94)90149-X.
- Hair, F., Black, C., Babin, J., & Anderson, E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, *33*, 301-313. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1
- Kerig, P. K., Bennett, D. C., Thompson, M., & Becker, S. P. (2012). “Nothing really matters”: Emotional numbing as a link between trauma exposure and callousness in delinquent youth. *Journal of Traumatic Stress*, *25*, 272–279. doi:10.1002/jts. 21700
- Leary, R., Tate, B., Adams, E., Allen, 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*, 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and selfreassurance. *NeuroImage*, *49*(2), 1849–1856. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.09.019.
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., Somderen, E., Ranchor A., Schoroevers, M. (2015). A Reconsideration of the Self- Compassion Scale’s Total Score: Self-Compassion versus Self-Criticism, *PLOS ONE*, *10* (7). doi: 10.1371/journal .pone.0132940
- 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.
- Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, *2*, 223–250. doi: 10.1080/15298860390209035

- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. doi:10.1080/15298860309032.
- Neff, K. D. (2004). Self-Compassion and Psychological Well-Being. *In Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27-37. Austin, Texas, U.S.A.
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Deijitterat, K. (2005). Self-Compassion, Achievement Goals, and Coping With Academic Failure. *Self and Identity*, 4, 246-287. doi: 10.1080/13576500444000317
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004.
- Neff, K. D., & 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. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self- construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 39, 267–285. doi:10.1177/0022022108314544.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2013). Dimensionality of self- compassion: Translation and construct validation of the Self-compassion Scale in an Italian sample. *Journal of Mental Health*, 23, 72–77. doi:10.3109/09638237.2013.841869.
- Hair, F., Black, C., Babin, J., & Anderson, E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and selfcompassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 83, 129–143. doi: :10.1348/147608309X471000
- Phillipps, W., & Ferguson, S., (2012). Self-compassion: A resource for

- positive aging. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences*, 68, 529–39. doi:10.1093/geronb/gbs091
- Silva, C. & Salvador, M. C. (2010). A Escala das Formas de Auto-criticismo e de Auto-Tranquilização (FSCRS): Características psicométricas na população adolescente. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Steinberg, L., & Morris, S. (2001). Adolescent development. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 2, 55–87. doi: 10.1891/194589501787383444
- Thomaes, S., Stegge, H., Olthof T., Bushman, B., Nezlek, J. (2011) Shame and humiliation and narcissism. *Emotion*, 11, 768-793.
- Vagos, P., Ribeiro da Silva, D., Brazão, N., Rijo, D., Gilbert, P., (2016) Dimensionality and measurement invariance of the Other as Shamer Scale across diverse adolescent samples. *Personality and individual differences*, 98, 289-296. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.046
- Williams, M., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the Self-compassion Scale. *Psychological Assessment*, 30, 669-689. doi:10.1037/a0035566.
- Willis, C., Best, C., & Aalsma, C. (2013). Trauma experiences among detained youth: Predictors of recidivism. *Journal of Adolescent Health*, 52,53–54. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.10.126

Anexos

Anexo A

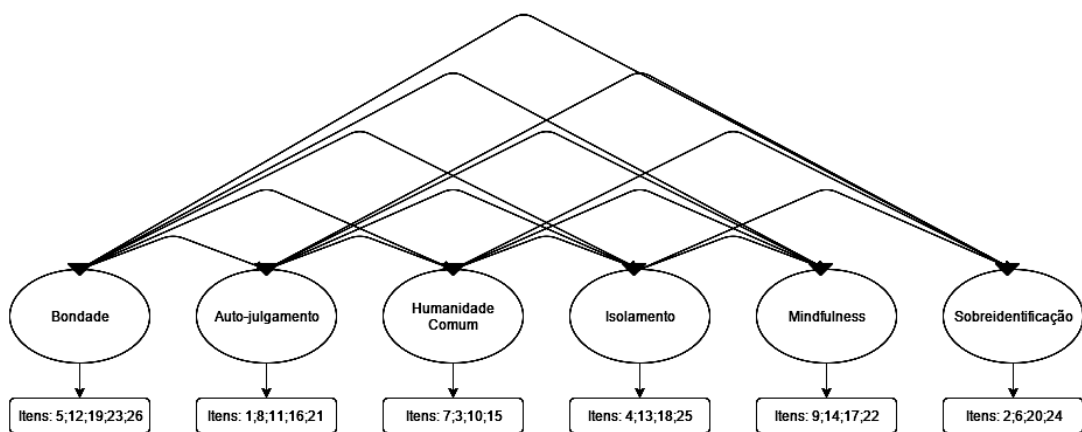


Figura2: Modelo de medida de seis fatores de 1ª ordem intercorrelacionados

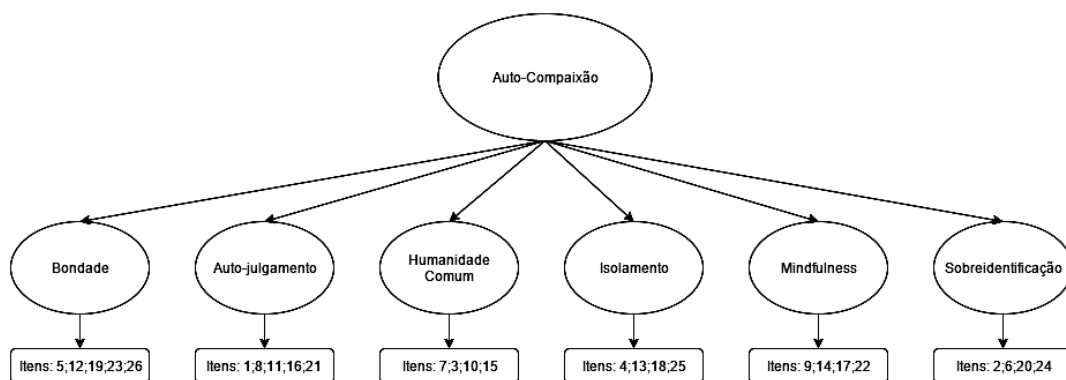


Figura 3. Modelo de medida de um fator de segunda ordem e seis subfatores

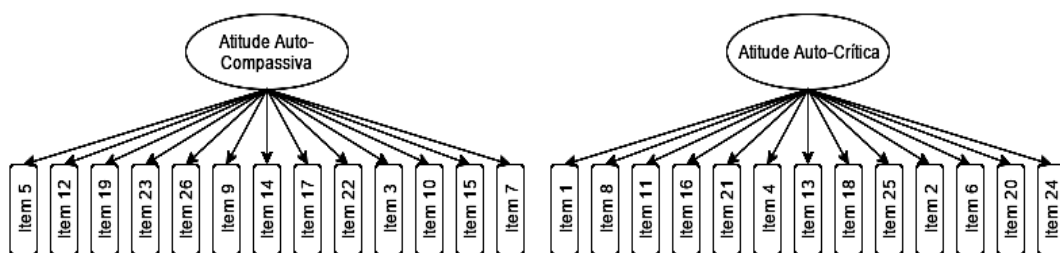


Figura 4. Modelo de medida de dois fatores de primeira ordem

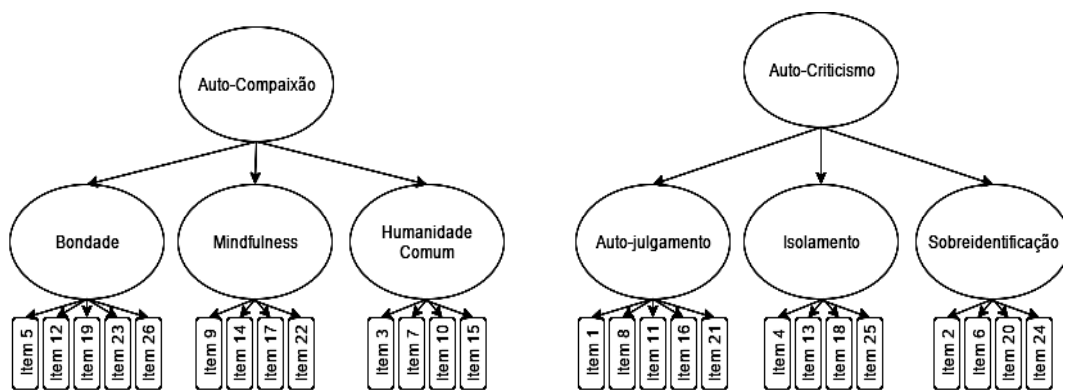


Figura 5. Modelo de medida de dois fatores de segunda ordem e seis subfactores

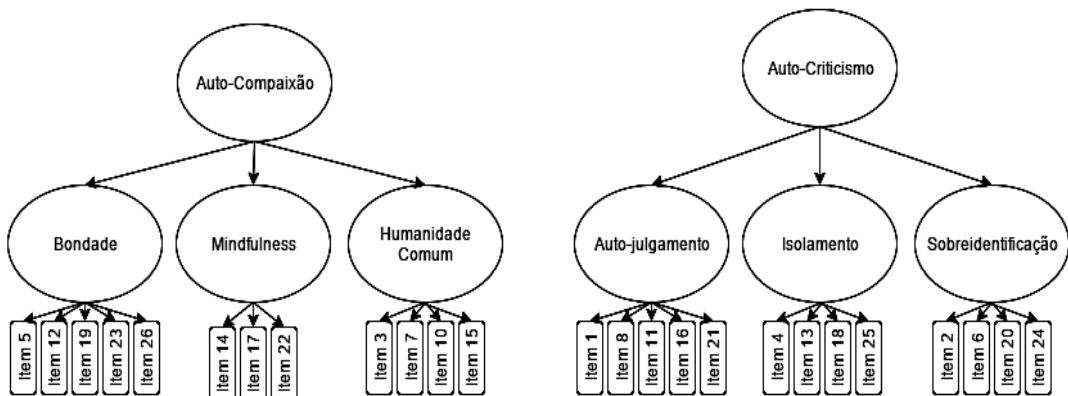


Figura 6. Modelo de medida de dois fatores de segunda ordem e seis subfactores modificado

Anexo B

SCS-A

(Neff, K., 2003)

(Versão portuguesa para adolescentes: Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P., 2011)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

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

Para cada item, indica com um X na coluna que melhor traduz quantas vezes (*Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes, Quase sempre*) é que te comportas dessa forma em momentos difíceis.

	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e preocupações.					
2. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência a ficar agarrado(a) e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal, vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.					
4. Quando penso acerca das minhas inquietações e defeitos, sinto-me mais à parte e desligado(a) do resto do mundo.					
5. Tento ser afectuoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer (ex., fazer ou dizer algo que seja reconfortante para mim).					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim, torturo-me com sentimentos de inadequação (fracasso).					
7. Quando estou “em baixo” lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tenho tendência a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, tento manter o meu					

equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) ou fracassado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos de minha personalidade de que não gosto.					
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida, sou compreensivo(a) e afectuoso(a) comigo mesmo(a).					
13. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como fazendo parte da condição humana (os humanos erram).					
16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto, fico muito “em baixo”.					
17. Quando falho em alguma coisa importante para mim, tento analisar as coisas sem dramatizar					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades, tenho tendência a pensar que, para as outras pessoas, as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
22. Quando me sinto “em baixo” tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura (isto é, sem os julgar ou os tentar afastar).					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações (fracassos).					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece, tenho					

tendência a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim, tenho tendência a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.					

Anexo C

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado (a) _____

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

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

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

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

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

Assinatura do investigador

Assinatura do participante

Anexo D**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo-assinado (a) _____

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

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

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

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

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

Assinatura do investigador
educação/ responsável legal

Assinatura do encarregado de
