



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - MESTRADO**

**A RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADES EMPÁTICAS,  
DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM JOVENS**

**SIMONE MARIN ALVES**

**João Pessoa, PB**

**2012**

SIMONE MARIN ALVES

**A RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADES EMPÁTICAS,  
DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM JOVENS**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – UFPB, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área: Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Rique Neto

**João Pessoa, PB**

**2012**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

### **Ficha Catalográfica**

Alves, Simone Marin

A Relação entre Capacidades Empáticas, Depressão e Ansiedade em Jovens. João Pessoa, 2012, 142 p. : il.; 30cm

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – UFPB, Departamento de Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Rique Neto

1. Empatia
2. Depressão
3. Ansiedade
4. Desenvolvimento Moral

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Simone Marin Alves

A relação entre Capacidades Empáticas, Depressão e Ansiedade em Jovens

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – UFPB, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área: Psicologia Social.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

### Banca Examinadora

Prof. Dr. Júlio Rique Neto (Orientador)

Instituição: Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Cleonice P. dos Santos Camino

Instituição: Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Leonardo Rodrigues Sampaio

Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Nilton Soares Formiga

Instituição: Faculdade Maurício de Nassau

Assinatura: \_\_\_\_\_

Para meus pais que fundaram em mim o interesse pelo  
Outro e os princípios morais que me guiam.

## AGRADECIMENTOS

Chegada a etapa final desta dissertação, gostaria de manifestar minha gratidão às pessoas que de alguma forma, ajudaram-me a levar esse projeto adiante e com quem aprendi muitas e diferentes coisas:

Ao meu orientador Júlio Rique, pela postura ética e humana com que conduziu esta orientação, dando-me ao mesmo tempo a liberdade e os limites necessários para desenvolver minhas idéias.

À Professora Cleonice Camino, pela atenção e rigor com que me ajudou a cuidar deste trabalho juntamente com Júlio, sabendo pontuar as falhas e sugerir as mudanças necessárias para seu melhoramento.

Ao Professor Nilton Formiga, colega do Núcleo de Pesquisas em Desenvolvimento Sócio-Moral da UFPB, pela sua disponibilidade em ajudar-me com as questões estatísticas, pelas sugestões e pelo incentivo profissional.

Ao Professor Leonardo Sampaio, que acompanhou os primeiros passos desta pesquisa e contribuiu com valiosas sugestões para a análise dos dados.

Aos demais colegas do NPDSM, parceiros nas angústias da pós-graduação e em outras trocas importantes.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Clínica Psicanalítica do EPSI, que acompanharam essa trajetória e compreenderam meus momentos de ausência, necessários para a conclusão deste trabalho.

Aos amigos Isabela e André, pela torcida carinhosa que fizeram pelo sucesso deste projeto e de tantos outros...

Aos meus familiares que, mesmo a distância, continuam participando de minhas conquistas e almejando o melhor para mim.

Ao meu marido Nelson, presença constante em minha vida e parceiro em todos os meus projetos. Obrigada por tudo meu amor: pela atenção, paciência e carinho com que me socorreu nas horas difíceis e também pela alegria com que vibra a cada conquista minha. Por tudo isso, você está representado nas páginas deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa, Direção das escolas e aos professores, sem os quais nada disso seria possível.

À CAPES, pelo suporte financeiro concedido durante a realização deste Mestrado.

*“O sentimento do outro não é sentir por ele. É saber o que ele sente. É avaliar o como e o quanto ele sente. O sentimento do outro não é o masoquismo de fazer teu, um sofrimento que só a ele pertence. É dimensionares a medida certa do sofrimento dele e só poderes ajudar porque não fazes teu um sofrimento que é alheio mas o entendes e sentes, na exata medida de sua extensão, sem as marcas e as limitações da dor enquanto dói. Não é ficar como o outro. É ficar com o outro. O sentimento do outro é quase um milagre. Cuidado com ele, vai te obrigar a ceder, a entender. Atrapalhará para sempre teu desejo, tua gula e vontade (...) **O sentimento do outro é o conteúdo oculto do amor ao Próximo**”.*

(Artur da Távola – O Milagre da Empatia)

## RESUMO

ALVES, S.M. (2012). *A Relação entre Capacidades Empáticas, Depressão e Ansiedade em Jovens*. Dissertação - Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Segundo Martin Hoffman, a empatia é uma resposta afetiva voltada mais para a situação de outra pessoa do que à própria. Embora o desenvolvimento do afeto empático favoreça a internalização de princípios morais, ele também pode gerar custos emocionais quando a ansiedade despertada no *self* é muito intensa e compromete a utilização das capacidades empáticas. Considera-se que a sobrecarga emocional constitui um ponto de vulnerabilidade da empatia que pode levar à alterações do humor como, depressão e ansiedade. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo investigar as relações e associações entre Empatia (*Angústia Pessoal, Consideração Empática, Fantasia e Tomada de Perspectiva*), Depressão e Ansiedade. Diante de tal objetivo perguntou-se se existiriam associações positivas e significativas entre escores de Empatia, Depressão e Ansiedade e quais seriam as relações entre as capacidades empáticas (*Angústia Pessoal, Consideração Empática, Fantasia e Tomada de Perspectiva*) com a Depressão e a Ansiedade? Um modelo teórico de associação entre as variáveis foi hipotetizado e testado através de uma análise por modelagem de equações estruturais (SEM) e foram verificadas relações entre as variáveis através de uma análise de variância multivariada (MANOVA). Participaram desta pesquisa 227 jovens voluntários, 42,7% do sexo masculino e 57,3% do sexo feminino, com idade média de 16,4 anos ( $dp = 3,3$ ), estudantes de escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa. Os participantes responderam à Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) e as Escalas Beck de Depressão (BDI-II) e Ansiedade (BAI-II). A análise por modelagem de equação estrutural confirmou o modelo inicialmente hipotetizado, mostrando uma associação positiva entre Empatia e Depressão, Empatia e Ansiedade e Depressão e Ansiedade. Este resultado revela que a alta sensibilidade ao sofrimento do outro (Empatia) pode predispor os jovens a desenvolverem Depressão e Ansiedade. Na MANOVA observou-se que os grupos com maior *Fantasia e Angústia Pessoal* apresentaram maiores escores em Ansiedade. Outra diferença significativa encontrada entre os grupos foi em relação aos escores de *Tomada de Perspectiva* e Depressão, indicando que a menor capacidade de *Tomada de Perspectiva* estava relacionada com maior estado depressivo. Os efeitos de interação mostraram que: a) o grupo com alta *Angústia Pessoal* e baixa *Tomada de Perspectiva* apresentou escores mais elevados de Depressão; b) o grupo com alta *Fantasia* e alta *Consideração Empática* apresentou escores mais elevados de Ansiedade e c) o grupo com alta *Fantasia* e baixa *Tomada de Perspectiva* apresentou escores mais elevados de Ansiedade. A partir destas análises, depreendemos, em linhas gerais, que os custos emocionais da empatia parecem ser regulados pela melhor utilização da habilidade de *Tomada de Perspectiva*, favorecendo assim, o bem estar psíquico e o desenvolvimento sócio-moral dos jovens.

**Palavras-chave:** empatia, depressão, ansiedade, desenvolvimento moral

## ABSTRACT

ALVES, S.M. (2012). *The Relation Between Empathic Abilities, Depression and Anxiety in Young People*. Dissertation – Graduate Program in Social Psychology, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

According to Martin Hoffman, empathy is an affective response oriented more to another person's inner state than to its own. Although the development of empathic affect promotes the internalization of moral principles, it can also generate emotional costs when the anxiety aroused in the *self* is very intense, impairing the use of empathic capacities. It is considered that emotional overload is a vulnerability point of empathy that can lead to mood disorders such as Depression and Anxiety. This study aimed to investigate the relations and associations between empathy (*Personal Distress, Empathic Concern, Fantasy and Perspective Taking*), Depression and Anxiety. We intended to answer the following questions: are there significant positive associations between the scores of Empathy, Anxiety and Depression? What are the relations between empathic capacities (*Personal Distress, Empathic Concern, Fantasy and Perspective Taking*), Depression and Anxiety? A theoretical model of associations between variables was hypothesized and tested through a structural equation modeling (SEM) and relations between variables were checked using a multivariate analysis of variance (MANOVA). Two hundred and twenty seven volunteers (42.7% male and 57.3% female), mean age of 16.4 years ( $SD = 3.3$ ), students from public and private schools of João Pessoa city took part in the study. Participants responded to the Multidimensional Scale of Interpersonal Reactivity and the Beck Scales for Depression (BDI-II) and Anxiety (BAI-II). Structural equation modeling analysis confirmed the hypothesized model, showing a positive association between Empathy and Depression, Empathy and Anxiety and Depression and Anxiety. These results revealed that a greater sensitivity to the suffering of others may predispose young people to develop Depression and Anxiety. MANOVA analyzes revealed that groups with higher *Fantasy* and *Personal Distress* presented higher scores on Anxiety. Another significant difference between groups was found for *Perspective Taking* and Depression, showing that the group with low *Perspective Taking* presented more Depression. Interaction effects analysis showed that: a) the group with high *Personal Distress* and low *Perspective Taking* presented higher scores on Depression; b) the group with high *Fantasy* and high *Empathic Concern* had greater scores on Anxiety; and c) the group with high *Fantasy* and low *Perspective Taking* had higher scores on Anxiety. From these analyzes, we concluded that the emotional costs of empathy seem to be regulated by a better use of the *Perspective Taking* ability, promoting the psychological welfare and social-moral development of young people.

**Keywords:** empathy, depression, anxiety, moral development

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Modelo Teórico da Associação entre Empatia Global, Depressão e Ansiedade em jovens paraibanos .....107
- Figura 2.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Fantasia, Angústia Pessoal, Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática* .....109
- Figura 3.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Tomada de Perspectiva* e *Angústia Pessoal* .....111
- Figura 4.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Fantasia* e *Consideração Empática* .....112
- Figura 5.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva*.....114

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 11  |
| <b>1. EMPATIA</b> .....  | 17  |
| 1.1. Aspectos Conceituais e Teóricos no Estudo da Empatia.....                             | 18  |
| 1.2. A Empatia no Âmbito da Socialização Moral: Perspectiva Teórica de Martin Hoffman..... | 28  |
| 1.2.1. Os modos de excitação empática .....  | 31  |
| 1.2.2. O desenvolvimento da empatia .....  | 39  |
| 1.2.3. Os sentimentos empáticos .....  | 43  |
| 1.2.4. Sentimentos empáticos e comportamento altruísta .....                               | 48  |
| 1.3. Estudos Empíricos.....  | 51  |
| <b>2. DEPRESSÃO E ANSIEDADE</b> .....  | 58  |
| 2.1. Depressão.....  | 60  |
| 2.1.1 Aspectos descritivos e classificação diagnóstica.....                                | 60  |
| 2.1.2. Teorias sobre a depressão.....  | 64  |
| 2.1.2.1. A perspectiva psicanalítica.....  | 64  |
| 2.1.2.2. Perspectiva cognitiva.....  | 69  |
| 2.2. Ansiedade.....  | 72  |
| 2.2.1. Aspectos descritivos e classificação diagnóstica.....                               | 72  |
| 2.2.2. Teorias sobre a ansiedade.....  | 75  |
| 2.2.2.1. Perspectiva psicanalítica.....  | 75  |
| 2.2.2.2. Perspectiva cognitiva.....  | 79  |
| 2.3. Estudos Empíricos sobre Depressão e Ansiedade.....                                    | 81  |
| <b>3. A RELAÇÃO ENTRE EMPATIA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE</b> .....                             | 87  |
| <b>4. MÉTODO</b> .....   | 95  |
| 4.1. Objetivo Geral.....   | 96  |
| 4.1.1. Definições operacionais.....  | 96  |
| 4.1.2. Expectativas.....   | 97  |
| 4.2. Participantes.....  | 100 |
| 4.3. Aspectos Éticos.....  | 100 |
| 4.4. Instrumentos.....   | 101 |
| 4.5. Procedimento e Análise dos Dados.....   | 102 |
| <b>5. RESULTADOS</b> .....   | 105 |
| <b>6. DISCUSSÃO</b> .....  | 115 |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 124 |
| <b>8. REFERÊNCIAS</b> .....  | 128 |
| <b>9. ANEXOS</b> .....   | 135 |
| ANEXO A: Carta às Escolas de Esclarecimento e Autorização da Pesquisa.....                 | 136 |
| ANEXO B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido aos Pais.....                            | 137 |
| ANEXO C: Termo de Consentimento Livre Esclarecido aos Jovens.....                          | 138 |
| ANEXO D: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....                                     | 139 |
| ANEXO E: Escala Beck de Depressão para Crianças e Adolescentes (BDI-II).....               | 140 |
| ANEXO F: Escala Beck de Ansiedade para Crianças e Adolescentes (BAI-II).....               | 141 |
| ANEXO G: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – EMRI.....                   | 142 |

# **INTRODUÇÃO**

Estudar o desenvolvimento moral e a consideração que as pessoas têm umas pelas outras nos coloca sempre face ao desafio de saber como as pessoas podem superar seus desejos egocêntricos por razões sociais. Estudiosos da moralidade, como Hoffman (2007), consideram importante compreender como as pessoas resolvem este conflito e quais as variáveis situacionais e/ou subjetivas que pesam nesta resolução.

Para Hoffman (2007), o desenvolvimento do afeto moral empático é a base sobre a qual irão se constituir os princípios morais de cuidado para com o outro e de justiça. Em sua perspectiva teórica, a empatia é entendida como um constructo multidimensional, que envolve aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais. A dimensão afetiva, caracterizada pela tendência a experimentar sentimentos semelhantes aos do outro, seria a base de uma resposta empática. Porém, a qualidade do afeto empático se modifica à medida que o desenvolvimento cognitivo evolui. Assim, com a maior capacidade de diferenciação eu-outro, sentimentos como a *angústia simpática* surgem e podem favorecer comportamentos de ajuda, que tenham como foco as necessidades do outro mais do que as do próprio indivíduo.

Nessa linha de raciocínio, Davis (1983) propôs avaliar a empatia a partir de quatro dimensões: duas afetivas (*Angústia Pessoal* e *Consideração Empática*) e duas cognitivas (*Fantasia* e *Tomada de Perspectiva*). Cada uma destas dimensões diz respeito a uma capacidade empática específica que associadas entre si, oferecem uma noção geral da habilidade de um indivíduo para empatizar com os sentimentos de outro, sem confundir-se com ele.

Segundo Hoffman (2007), a utilização da habilidade empática em prol do cuidado para com o outro e da justiça, acarreta tanto benefícios aos outros quanto àquele que agiu de acordo com estes princípios morais. Este autobenefício da empatia se dá

porque o indivíduo que ajuda sente-se em harmonia com seus valores morais, agindo de maneira coerente com seus princípios, o que faz com que o desconforto experimentado diante do sofrimento do outro diminua, melhorando assim, seu bem estar psicológico.

Apesar destes benefícios apontados, uma questão ainda continua a intrigar os estudiosos: o que faz com que pessoas dotadas de capacidades empáticas, em determinadas circunstâncias deixem de ajudar o outro, agindo de maneira egocêntrica? Diante desta questão, Hoffman (2007) destaca os *custos emocionais* da empatia como um importante ponto de vulnerabilidade que pode impedir o comportamento de ajuda. Quando a ansiedade despertada no *self* é muito intensa ela pode levar os indivíduos a se afastarem da situação geradora de angústia como forma de se protegerem de uma possível sobrecarga emocional. Para que uma resposta verdadeiramente empática ocorra é preciso que o indivíduo esteja internamente em condições de sentir o sofrimento do outro, porém sem confundir esse sentimento com os seus. Isso implica certo grau de distanciamento afetivo e cognitivo que permite ao sujeito *sentir com* e compreender a perspectiva do outro.

Hoffman (2007) aponta as seguintes diferenças individuais que podem favorecer a sobrecarga emocional e comprometer a resposta empática: alta empatia associada a sentimentos de impotência para ajudar o outro e uma baixa regulação emocional. Conforme demonstram alguns estudos empíricos, essas características psicológicas podem levar a distúrbios afetivos como a depressão e a ansiedade em indivíduos expostos continuamente ao sofrimento do outro, como profissionais da área da saúde e cuidadores informais (Bellini & Shea, 2005; Lee, Brennan, & Daly, 2001; Thomas et al., 2007).

Se uma alta sensibilidade ao sofrimento do outro se associa à vulnerabilidade emocional, a pergunta que se coloca neste trabalho é a seguinte: quais capacidades empáticas poderiam regular a ansiedade e a depressão, diminuindo os custos emocionais da empatia e favorecendo o desenvolvimento sócio-moral de jovens?

A maior parte das pesquisas encontradas na literatura, voltadas para o estudo das capacidades empáticas e sua relação com a depressão e ansiedade, se utilizam de amostras clínicas de adultos (Harari, Shamay-Tsoory, Ravid, & Levkovitz, 2010; Fontenelle et al., 2009; O'Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002; Cusi, MacQueen, & McKinnon, 2010; Cusi, MacQueen, Spreng, & McKinnon, 2011). Parte delas revela uma associação negativa da capacidade empática de *Tomada de Perspectiva* com sintomas depressivos, sugerindo que esta capacidade tem um papel importante na regulação da vida emocional e na adaptação social dos indivíduos (Cusi et al., 2010; Cusi et al., 2011).

Vale ressaltar que poucos são os trabalhos encontrados com amostras não clínicas de crianças e jovens, voltados para o estudo da empatia e sua relação com aspectos emocionais. Os estudos encontrados se centram na problemática da agressividade ligada aos transtornos de conduta e suas conseqüências para o desenvolvimento sócio-moral (Jolliffe & Farrington, 2010; Pavarino, Del Prette, & Del Prette, 2005). Porém, não podemos deixar de notar que na infância e na adolescência é comum a co-morbidade entre os transtornos de conduta, depressão e ansiedade, exigindo uma melhor compreensão da dinâmica afetiva e relacional dessas alterações emocionais nessa faixa etária.

Visando ampliar o conhecimento sobre os aspectos emocionais que afetam o desenvolvimento sócio-moral, o presente trabalho teve por objetivo investigar em uma

amostra de jovens estudantes um modelo teórico de associação da empatia com a depressão e a ansiedade e a relação entre as capacidades empáticas: *Angústia Pessoal, Consideração Empática, Fantasia e Tomada de Perspectiva*, e indicadores de depressão e ansiedade. Entende-se que a ampliação desse conhecimento pode contribuir para o planejamento de intervenções futuras no âmbito clínico e educacional, no sentido de promover o desenvolvimento de capacidades empáticas que favorecem o bem estar psicológico e social dos jovens.

Em termos da organização desta dissertação, os dois primeiros capítulos são destinados a apresentação da fundamentação teórica. O capítulo I, intitulado “Empatia”, fará primeiramente uma revisão dos aspectos conceituais e teóricos do estudo da empatia, desde suas raízes conceituais no campo da estética alemã no século XIX, percorrendo seus desdobramentos na Psicologia Moderna até os dias atuais. Na segunda parte deste capítulo, o leitor encontrará a apresentação da perspectiva teórica de Martin Hoffman (2007) sobre o desenvolvimento da empatia e o seu papel no âmbito da socialização moral. Este capítulo é finalizado com uma revisão de estudos empíricos centrados em questões como as diferenças de gênero, diferenças sócio-culturais e a relação da empatia com variáveis ligadas ao desenvolvimento sócio-moral de crianças e adolescentes como: raciocínio moral, vulnerabilidade social e agressividade. No capítulo II, intitulado “Aspectos Emocionais: Depressão e Ansiedade”, será apresentada a descrição destes fenômenos segundo as diretrizes dos manuais diagnósticos e estatísticos vigentes (DSM IV-TR, 2002; CID 10, 1993), dados epidemiológicos e especificidades clínicas de acordo com a etapa do desenvolvimento. Além disso, com o intuito de auxiliar a compreensão da relação dos estados depressivos e ansiosos com a empatia, o leitor encontrará uma exposição de duas abordagens teóricas a respeito destes distúrbios: a visão psicanalítica e a visão cognitiva. O capítulo III traz uma

revisão de estudos empíricos sobre as capacidades empáticas, depressão e ansiedade. O capítulo IV apresentará o método utilizado nesta pesquisa, seguido dos resultados (capítulo V) e discussão (capítulo VI). As principais conclusões extraídas dos resultados, as possíveis contribuições desta dissertação para o contexto social no qual se insere, bem como as limitações deste estudo e perspectivas futuras encontram-se sintetizadas no capítulo VII.

# **1. EMPATIA**

## 1.1. Aspectos Conceituais e Teóricos no Estudo da Empatia

A importância de se colocar no lugar do outro para a vida em sociedade já era ressaltada por filósofos como Leibniz, Rosseau e Adam Smith no século XVIII. O termo empatia é relativamente recente no campo da Psicologia e teve suas origens no campo da Estética alemã no final do século XIX com os trabalhos de Robert Vischer. Este autor buscava compreender qual o processo psicológico envolvido na percepção de formas e na apreciação de obras de arte. Para Vischer, esse processo envolvia a projeção do *self* do observador para dentro do objeto sob sua apreciação. Assim, as qualidades estéticas percebidas na obra (beleza, prazer, tristeza) dependiam dos aspectos do *self* nela projetados. *Einfühlung* foi o termo cunhado por Vischer para nomear este processo. Rapidamente estas idéias foram difundidas não só no campo da estética, mas também no contexto da nascente Psicologia no início do século XX (Fernández-Pinto, López-Pérez, & Márquez, 2008; Wispé, 1987).

De acordo com Wispé (1987), traçar uma história do conceito de empatia se torna uma tarefa difícil em função das constantes redefinições e reinterpretações que o termo sofreu na Psicologia Moderna. Porém, a retomada desses conceitos é de fundamental importância para que qualquer estudioso possa definir com maior clareza o fenômeno do qual irá tratar.

Segundo a revisão histórica apresentada pelo autor, o estudo da percepção da experiência imediata marcou o início da Psicologia como ciência, destacando-se nesse cenário, autores como Wundt, Brentano, Lipps, Titchener e Prandtl. Dentre estes, Lipps, Titchener e Prandtl se dedicaram especificamente ao estudo científico do *einfühlung*. Na Psicologia foi Titchener, em 1909, o primeiro autor a traduzir o termo alemão *einfühlung* por empatia. De acordo com a etimologia grega da palavra *empathia*, “em”

designaria dentro e “*pathos*”, paixão/sofrimento. Assim a empatia seria a capacidade de sentir-se dentro de outra pessoa, deixando-se afetar por sua experiência emocional para poder compreendê-la. Na compreensão destes três autores, a empatia envolveria um tipo de *imitação interna* ou *mímica motora*, termos estes que foram precursores daquilo que posteriormente passou a se denominar de *experiência emocional vicária*.

Lipps (conforme Wispé, 1987) em seus primeiros trabalhos dedicou-se ao estudo das ilusões visuais, concluindo que parte delas poderia ser explicada em termos das características do observador que foram projetadas no estímulo apresentado. Essa idéia será retomada em seus trabalhos futuros no campo da psicologia da estética onde se tornou mais reconhecido. Em sua monografia de 1903, intitulada “*Empatia, imitação interior e as sensações do corpo*”, ele coloca que a satisfação estética transmitida pelos objetos não reside neles, mas no *self*. Para ele, seria através de um tipo particular de atividade interna do *self* (imitação interna) que certas qualidades dos objetos externos seriam apreendidas. Em 1905, Lipps busca entender a maneira como os indivíduos conhecem uns aos outros se utilizando deste mesmo pressuposto. Para ele, um observador só consegue dar significado aos gestos de outro, a partir da experiência emocional interna despertada em seu próprio *self*. Assim, nas interações humanas, se os sentimentos expressos por um indivíduo não encontrassem ressonância interna no outro, eles não poderiam ser compreendidos. Na concepção de Lipps, certas qualidades percebidas deveriam ser *sentidas* tanto quanto *vistas* para que se chegasse a conhecer os objetos.

Em 1910, Prandtl (conforme Wispé, 1987) acrescentou à compreensão desse processo de imitação interna uma explicação embasada em um tipo de processamento cognitivo, que seria a associação direta de estímulos. Para ele, as pessoas poderiam

compreender umas às outras de duas maneiras: por meio da *empatia empírica* ou da *empatia através de sentimentos*. Na primeira, uma pessoa se utilizava de experiências passadas para inferir o estado emocional atual de outra (associação direta de estímulos) e a segunda forma de empatia se aproximava da visão de Lipps como um processo com base mais afetiva, baseado na projeção de aspectos do *self*.

Titchener (conforme Wispé, 1987) por sua vez, enfatiza a importância da imaginação para o conhecimento da realidade subjetiva. Para ele, as percepções sensoriais seriam “atuadas” mentalmente através de imagens cinestésicas que permitiriam a um observador sentir-se como o outro. Nesse sentido, a empatia para Titchener seria um tipo de “empatia motora” devido à importância atribuída por ele às cinestésias imaginárias no processo de imitação interna.

Como veremos mais adiante, as idéias destes psicólogos serão retomadas e encontrarão respaldo nas pesquisas neurocientíficas que começam a surgir a partir da década de 90.

Segundo Wispé (1987), com o fortalecimento de uma Psicologia mais behaviorista, o estudo de processos subjetivos, como a empatia, caiu em desuso, o que talvez justifique a escassez de estudos empíricos sobre o tema durante a primeira metade do século XX. Contudo, até a década de 40, o conceito de empatia continuou sendo objeto de reflexões teóricas, principalmente de autores no campo da Psicologia da Personalidade e da Psicologia Clínica, como Freud, Allport, Downey e Reik.

A partir da década de 50 o estudo da empatia aplicada à prática terapêutica ganha corpo e profundidade através dos trabalhos de Carl Rogers, na abordagem centrada na pessoa (ACP) e de Kohut, com a Psicologia do *self*, na abordagem psicanalítica.

A abordagem centrada na pessoa enfatiza a importância da capacidade empática do terapeuta no estabelecimento de um *setting* adequado ao trabalho clínico. Para Rogers (conforme Wispé, 1987), a empatia envolve o estabelecimento de vínculos afetivo-cognitivos entre as pessoas e, no contexto clínico, estes vínculos permitiriam ao terapeuta sensibilizar-se e envolver-se com os estados subjetivos de seu paciente para poder compreendê-los sem nenhum julgamento de valor. Além do aprofundamento teórico sobre o tema, Rogers também se empenhou na elaboração de técnicas de mensuração para avaliar o nível de empatia, possibilitando investigações empíricas desta variável no contexto clínico onde as respostas afetivas vicárias eram produzidas.

Na abordagem psicanalítica, Heinz Kohut (1971/2009a, 1971/2009b, 1984) é considerado um dos autores que mais escreveu sobre a importância da empatia em seu trabalho clínico com pacientes narcisistas, para os quais achava que o modelo estrutural da Psicologia do Ego não parecia adequado para explicar e tratar estas patologias. Para ele, a patologia apresentada por estes pacientes estava associada a falhas na capacidade da mãe em empatizar com as necessidades da criança, favorecendo o desenvolvimento de um *self* pouco coeso e diferenciado. O tratamento psicanalítico nestes casos se fundamentaria na reconstrução destas falhas na constituição do *self*, através da capacidade empática do terapeuta, utilizada para compreender as necessidades do paciente e atendê-las parcialmente.

Para Kohut (1971/2009a) a introspecção e a empatia seriam os dois aspectos essenciais da observação psicanalítica, sendo os limites da psicanálise definidos a partir dos limites potenciais destes dois aspectos. Para ele, a empatia seria um poderoso vínculo afetivo entre as pessoas e um modo de cognição afinado à percepção de configurações psicológicas complexas, que serviria como um método de coleta de dados

com propósitos científicos. Ele diferencia o conceito de empatia dos conceitos de simpatia e compaixão, colocando a empatia como uma pré condição para os sentimentos e os atos de compaixão. Porém, para que estes últimos fossem efetivos seria necessária uma “acurácia empática” que levasse em consideração as necessidades do outro (simpatia).

A partir da década de 60 os conceitos de empatia, simpatia e compaixão passaram a ser abordados em diversos estudos empíricos no campo da Psicologia Social, os quais buscavam investigar sua relação com comportamentos de ajuda no âmbito da socialização moral (Sampaio, Camino, & Roazzi, 2009). De acordo com Batson, Fultz e Schoenrade (1987), diante do sofrimento do outro dois tipos de reação emocional distintas poderiam ocorrer: a angústia pessoal e a empatia. A primeira seria um sentimento que levaria a comportamentos mais egoístas, voltados para o alívio da própria angústia. Já a empatia seria uma reação emocional voltada para o alívio do sofrimento do outro, produzindo assim, a motivação para comportamentos altruístas.

Para comprovar empiricamente a distinção entre estes dois conceitos, Batson et al. (1987), conduziram uma série de seis estudos, nos quais, dada uma situação específica, os participantes deveriam avaliar através de uma escala de 7 pontos, o quão fortemente eles estavam experimentando cada uma das emoções descritas. A escala trazia uma lista de sete adjetivos que refletiam reações emocionais ligadas à angústia pessoal e uma lista de seis adjetivos que refletiam empatia. A análise fatorial indicou a existência de dois fatores distintos, um que agrupava os sete itens de angústia pessoal e outro que se organizava em torno dos seis itens relativos à empatia. Este e outros estudos citados pelos autores (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley, & Birch, 1981; Coke, Batson, & McDavis, 1978) deram suporte para a diferenciação conceitual entre a

empatia e a angústia pessoal, além de contribuírem para o conhecimento de algumas variáveis situacionais que influenciam os comportamentos pró-sociais.

Nessa linha de estudos, destaca-se a perspectiva teórica de Martin Hoffman (1987, 2007) sobre a empatia. Em sua visão psicogenética e evolutiva, a empatia é uma capacidade que foi selecionada ao longo da evolução da espécie, dada a sua importância para a sobrevivência e adaptação social dos indivíduos. Para Hoffman, a empatia seria antes de tudo, uma resposta afetiva vicária mais apropriada às necessidades do outro. Em sua concepção, o desenvolvimento da empatia se daria em etapas pré-determinadas através das quais, esta vai adquirindo maior refinamento e complexidade à medida que os aspectos cognitivos evoluem. Nesse processo de desenvolvimento, a qualidade do sentimento empático se modifica à medida que o indivíduo vai adquirindo a capacidade de diferenciar o próprio *self* dos outros. Dessa forma, para Hoffman, haveria dois tipos de afeto empáticos qualitativamente diferentes: a *angústia empática*, na qual predomina uma baixa capacidade de diferenciação *self* e objeto, e a *angústia simpática*, na qual o indivíduo já é capaz de fazer essa diferenciação e, portanto, de agir em prol das necessidades do outro. A *angústia simpática* se aproxima do conceito de empatia proposto por Batson et al. (1987) descrito anteriormente. Para Hoffman, embora esses dois afetos estejam presentes no processo empático, seria a *angústia simpática* que motivaria comportamentos pró-sociais. Dada a importância da visão de Hoffman para a fundamentação teórica deste trabalho, ela será abordada em maiores detalhes na próxima seção deste capítulo.

Nesse percurso histórico outro aspecto chama a atenção e nos ajuda a compreender as divergências conceituais em torno da empatia. Este aspecto diz respeito a visão dos autores em relação à natureza do fenômeno. A esse respeito podemos

observar três formas de se abordar a empatia: uma que a considera um fenômeno de natureza essencialmente cognitiva, outra de natureza afetiva e uma terceira, que a entende como um constructo multidimensional.

Tomando por base a revisão feita por Strayer (1987), temos que, na perspectiva cognitivista a ênfase recai mais sobre o *processo*, em termos do processamento de informações sociais, do que sobre o *conteúdo* afetivo mobilizado no *self*. Nesse sentido, as idéias de Mead (1934) tiveram um importante papel à medida que enfatizavam a necessidade de uma pessoa conseguir adotar diferentes perspectivas para poder compreender as reações emocionais dos outros. Tais idéias a respeito da tomada de perspectiva foram posteriormente desenvolvidas por outros autores no campo da cognição social, chegando-se, muitas vezes, a tratar a tomada de perspectiva como sinônimo de empatia.

O termo *tomada de perspectiva* foi introduzido em 1949 por Dymond para se referir à capacidade de um indivíduo prever ou inferir com precisão o que outras pessoas sentiam ou pensavam. Para ele, o componente afetivo não era essencial para a experiência empática e, quando presente, poderia corresponder apenas a um epifenômeno da cognição. Assim, o grau de empatia de uma pessoa corresponderia ao grau de precisão com que ela conseguia inferir ou prever os sentimentos de outra.

Embora na primeira década do século XX Lipps já enfatizasse as bases afetivas da empatia, foi a partir da década de 60 que esta visão foi se consolidando a partir do estudo de outros autores como Stotland (1964), Feshback e Roe (1968) e Mehrabian e Epstein (1972). Segundo esses autores, a empatia seria uma experiência emocional vicária, sem a qual uma resposta verdadeiramente empática não seria desencadeada. Nessa perspectiva, os aspectos cognitivos não são desprezados, porém estes autores

acreditam que a tomada de perspectiva, por si só, não explicaria a complexidade de todo o processo.

A maneira como estes dois aspectos, o afetivo e o cognitivo, interatuam nas diferentes fases do processo empático, foi o foco de interesse de estudiosos da área do desenvolvimento sócio-moral como Hoffman (2007), que foi influenciado pelas idéias de Piaget. Segundo a concepção piagetiana a esse respeito, a vida afetiva era a fonte de energia psíquica que motivava as ações do indivíduo no sentido de conhecer o mundo, ao passo que a cognição seria o aspecto estrutural desse desenvolvimento. Dependendo da organização de suas estruturas cognitivas, o indivíduo seria capaz de compreender de diferentes modos as situações sociais com as quais se deparava, sendo que a qualidade do afeto empático também mudaria em função desse desenvolvimento (Piaget, 1964/2010).

Nessa linha de raciocínio, a partir da década de 80 passa a predominar uma perspectiva multidimensional da empatia. Diversos estudos empíricos foram realizados no sentido de reafirmar essa hipótese (Davis, 1983; Escrivá, Navarro, & García, 2004; Koller, Camino, & Ribeiro, 2001; Siu & Shek, 2005). Estes trabalhos encontraram intercorrelações entre os componentes afetivos e cognitivos da empatia, reforçando a idéia de que uma perspectiva multidimensional mostra-se mais adequada para a compreensão do fenômeno.

Nesse sentido, uma das principais contribuições de Davis (1983) foi a elaboração de um novo instrumento para medir a empatia, o *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), atualmente uma das escalas de auto-relato mais utilizadas com adultos e adolescentes em pesquisas no mundo todo. O IRI avalia quatro componentes da empatia, a saber: *Tomada de Perspectiva*, *Fantasia*, *Angústia Pessoal* e *Consideração*

*Empática*. Os dois primeiros componentes englobam os aspectos cognitivos e os dois últimos os aspectos afetivos da empatia. A *Tomada de Perspectiva* se refere à capacidade do indivíduo adotar a perspectiva psicológica do outro, o que requer um descentramento cognitivo. A *Fantasia* refere-se à capacidade do indivíduo se imaginar na situação de personagens de filmes e livros. A *Angústia Pessoal*, diz respeito à mobilização afetiva despertada frente à situação emocional do outro e está associada a um maior auto-centramento nos próprios sentimentos despertados no *self*. Já a *Consideração Empática* diz respeito à capacidade de descentrar-se e experimentar sentimentos de compaixão e preocupação com o outro, favorecendo ações efetivas em prol do alívio do sofrimento alheio. Comparando os componentes propostos por Davis com os conceitos de Hoffman citados anteriormente, vemos uma semelhança entre a *Angústia Pessoal* e a angústia empática, bem como entre a *Consideração Empática* e a angústia simpática.

A partir da década de 90 o estudo da empatia passa a ter destaque também no campo das neurociências, no qual se busca compreender as bases neurais envolvidas no processo. Os aspectos ideo-motores envolvidos na empatia, já aventados no início do século por Lipps e Titchner, foram mais bem demonstrados com a descoberta dos neurônios espelho por um grupo de pesquisadores da Universidade de Parma (Gallese, Fadiga, Fogassi, & Rizzolatti, 1996; Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996). A atividade destes neurônios foi primeiramente observada em macacos, nos quais os neurônios do córtex ventral pré-motor e do lóbulo parietal eram ativados quando os macacos executavam determinadas ações com um objetivo específico ou quando eles meramente observavam outros macacos executarem a mesma ação.

Posteriormente, estudos com humanos, utilizando técnicas de ressonância magnética funcional (fMRI), observaram que o circuito neural da empatia envolvia também outras áreas do córtex cerebral responsáveis pelo processamento das emoções, como a parte anterior da ínsula e a amígdala no sistema límbico. A observação de expressões emocionais ativaria os neurônios espelho no córtex pré-motor e através de suas conexões com a amígdala, via parte anterior da ínsula, essa representação da ação se associa com uma representação da emoção observada. Trata-se de uma ação em nível subliminar que elicia no observador uma reação emocional semelhante à observada (Pfeifer & Dapretto, 2009).

A revisão do conceito de empatia evidencia a falta de clareza em torno de sua definição e natureza que persiste até os dias atuais. Para sintetizar e organizar as idéias apresentadas, trouxemos uma recente revisão feita por Batson (2009), na qual ele identifica oito formas de se conceituar empatia. Embora os conceitos apresentados por ele sejam relacionados entre si, eles tratam de fenômenos psicológicos distintos que não podem ser reduzidos a um fenômeno único, a empatia. O termo empatia é encontrado na literatura para se referir a: 1) uma forma de se *conhecer* a subjetividade do outro (empatia cognitiva, tomada de perspectiva); 2) um processo de *imitação interna*, pautado na correspondência de respostas neurais com o outro (empatia motora); 3) um vir a *sentir-se como* o outro (experiência emocional vicária); 4) uma forma de *intuição*; 5) *projeção do self* na situação do outro; 6) *capacidade de imaginar* os estados internos do outro ou ainda de imaginar como nos sentiríamos ou pensaríamos na situação do outro; 7) *sentimento de ansiedade* ao testemunhar o sofrimento do outro (angústia pessoal, angústia empática) e 8) *compaixão* (consideração empática, angústia simpática, simpatia).

Para Batson (2009), a aplicação do termo empatia para designar fenômenos psicológicos distintos se deve, em parte, ao fato dos pesquisadores o utilizarem para tentar responder basicamente duas perguntas distintas, a saber: como uma pessoa pode conhecer o que outra está sentindo ou pensando? O que leva uma pessoa a responder com sensibilidade e cuidado ao sofrimento de outra? Para tanto, alguns dos conceitos listados pelo autor se mostram mais adequados para responder a uma das questões, mas não a outra. Ainda que pareça complicado distinguir esses vários nomes dados a empatia, essa é uma tarefa de fundamental importância se quisermos compreender todos estes fenômenos e as maneiras como eles se relacionam para produzir uma resposta empática. Para Batson, a melhor forma de fazê-lo é adotar um esquema conceitual e teórico e usá-lo de maneira consistente na investigação das questões levantadas.

Dessa forma, para investigar as questões levantadas neste trabalho o marco teórico adotado foi a teoria de Hoffman sobre o desenvolvimento da empatia e o seu papel na socialização moral. Passaremos agora à apresentação dessa fundamentação teórica.

## **1.2. A Empatia no Âmbito da Socialização Moral: Perspectiva Teórica de Martin Hoffman**

Ao longo do desenvolvimento normal da personalidade é fundamental a aquisição de um senso moral pautado em valores e princípios que leve em consideração o outro em sua singularidade. Nesse sentido, indivíduos dotados de capacidades empáticas podem utilizar esses recursos afetivos para compreender as necessidades do outro, sendo capazes de empreender ações de ajuda adequadas à situação de outras pessoas e até mesmo de grupos sociais.

Hoffman (1987, 2007), ao abordar o tema da socialização moral buscou hipotetizar sobre a relação da empatia com os princípios morais de cuidado para com o outro e de justiça. Ele parte do pressuposto que os afetos empáticos funcionam como motivadores para o desenvolvimento do julgamento moral e de ações altruístas. Ainda que em determinadas circunstâncias motivações mais egoístas prevaleçam, para Hoffman, a empatia seria “a centelha da consideração humana pelos outros, um ingrediente que torna a vida em sociedade possível” (p. 3). Apesar das vulnerabilidades a que a empatia está sujeita, o fato de ela persistir ao longo da evolução ressalta sua importância para a sobrevivência da espécie humana.

Como mencionado anteriormente, Hoffman (2007) define a empatia como uma resposta afetiva mais adequada à situação do outro do que à do próprio indivíduo. Nesse sentido, ele não acredita que esta resposta deva corresponder exatamente aos sentimentos do outro, mas deve se aproximar destes para que a compreensão empática ocorra. Na sua concepção, a empatia deve ser entendida como um constructo multidimensional, que engloba as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental. A dimensão afetiva caracteriza-se por essa tendência a experimentar sentimentos semelhantes aos do outro, podendo ocorrer a simpatia e a compaixão, que levam a uma preocupação verdadeira de ajudar o outro (dimensão comportamental). A dimensão cognitiva refere-se à capacidade de adotar a perspectiva do outro e de inferir corretamente seus sentimentos e pensamentos.

Em sua teoria ele busca compreender as atitudes de cuidado e justiça em relação ao outro a partir de cinco modelos que englobam diferentes situações morais, descritas abaixo.

No modelo que adota a perspectiva de um **observador inocente** que testemunha o sofrimento de alguém, a questão moral seria se tal observador ajudaria a vítima e como se sentiria se não ajudasse. No modelo que adota a perspectiva de um **transgressor**, alguém que causa ou está prestes a causar sofrimento no outro, a questão moral seria se esta pessoa é capaz de se abster de seu ato ou ao menos sentir culpa após tê-lo cometido. O modelo do **transgressor virtual** no qual a pessoa, mesmo inocente, acredita ter causado sofrimento ao outro, também envolve questões relacionadas à culpa em decorrência dessa crença. O quarto modelo envolve situações mais complexas nas quais existem **múltiplas demandas morais** (*multiple moral claimants*) que exigem uma escolha sobre qual delas priorizar. Nesse caso, a questão moral seria se o fato de ajudar uns e negligenciar outros levaria a culpa. O quinto modelo envolve situações em que está em jogo o dilema entre **cuidado versus justiça**. Neste caso, a questão moral é saber qual dos dois princípios prevalece e se a violação de um deles gera culpa nos indivíduos.

Diferente de outros autores que estudaram o desenvolvimento moral dando ênfase às habilidades cognitivas, como Kolberg e Piaget, Hoffman irá enfatizar o papel do afeto na construção do pensamento e dos comportamentos morais. Na construção de sua teoria é possível identificar a influência de múltiplas perspectivas teóricas como as idéias a respeito do desenvolvimento cognitivo do próprio Piaget, da teoria da aprendizagem social e das teorias do desenvolvimento emocional e motivacional, das quais se utiliza de conceitos como: identificação parental, ansiedade pela perda do amor, culpa e internalização moral.

Em seu esquema teórico sobre o desenvolvimento do afeto moral empático, Hoffman parte do modelo do observador inocente. Este esquema inclui cinco modos

pelos quais a empatia pode ser despertada. Estes modos envolvem desde processos psicológicos mais primitivos, automáticos e involuntários, que exigem pouca capacidade de processamento cognitivo, até processos mais evoluídos que pressupõe um maior senso cognitivo de si e dos outros como entidades separadas e uma maior capacidade simbólica.

### **1.2.1. Os modos de excitação empática**

A **mímica**, o **condicionamento clássico** e a **associação direta** de estímulos são os três modos pré-verbais mais elementares de excitação empática. Embora eles sejam cruciais para o surgimento da empatia na infância, especialmente em situações face a face, eles continuam operando por toda a vida.

A empatia por mímica envolve duas etapas subseqüentes: a imitação e o *feedback*. Um observador ao imitar as expressões faciais e gestos de outra pessoa, ativa suas vias neurais aferentes que eliciam automaticamente alterações fisiológicas, fazendo com que experimente as emoções imitadas. Diversas revisões de pesquisas atuais têm demonstrado que a empatia por mímica está estritamente ligada a bases neurológicas (Carter, Harris, & Porges, 2009; Pfeifer & Dapretto, 2009). Esses estudos são importantes porque reforçam a idéia de que a empatia é uma capacidade inata e instintiva.

A empatia por mímica é a única forma de se conseguir uma correspondência mais exata entre os sentimentos do observador e da vítima. Além do mais, ela pode servir como forma do observador comunicar sua solidariedade para com a vítima, pois quando a vítima consegue ver seus sentimentos espelhados no outro ela pode ter maior consciência deles e sentir-se compreendida e acompanhada em sua dor (Hoffman, 2007).

O condicionamento clássico é outro mecanismo através do qual a empatia pode ser despertada na infância. A criança pode ter sentimentos empáticos através de uma resposta condicionada, sempre que observa alguém em sofrimento ao mesmo tempo em que ela mesma estiver passando por outra experiência emocional independente da observada. Segundo Hoffman (2007), na relação mãe e filho esse pareamento de experiências emocionais distintas deve ser algo inevitável de ocorrer. Uma mãe muito ansiosa que segura seu bebê no colo, irá enrijecer os músculos de seu corpo e sua tensão será dessa forma, transmitida à criança através do contato físico. A criança passa então, a sentir-se incomodada, ansiosa, sendo a causa disso o enrijecimento do corpo da mãe que funcionou como um estímulo incondicionado. Posteriormente, mesmo na ausência do contato físico, as expressões faciais e o tom de voz da mãe passam a produzir o mesmo efeito de tensão na criança, pois se tornaram estímulos condicionados. Da mesma forma, sentimentos positivos também podem ser pareados e generalizados para outras situações, como o sorriso de uma mãe que segura seu filho no colo lhe transmitindo conforto e segurança. Posteriormente, o sorriso da mãe ou de outras pessoas fará com que a criança se sinta bem, segura e aliviada.

Assim como a mímica, o condicionamento clássico é um processo que envolve duas etapas: o condicionamento das expressões faciais seguido pelo *feedback* aferente. No entanto, o que difere esses dois modos de excitação empática é que na mímica a primeira etapa do processo, a imitação, é uma resposta direta às expressões faciais da vítima, enquanto que o condicionamento das expressões faciais, pelo pareamento de diferentes estímulos, pode ser uma reação mais ampla à situação da vítima.

Uma variante desse paradigma do condicionamento é a associação direta. Este terceiro modo de excitação empática ocorre quando o observador se depara com uma

situação na qual as pistas que depreende, evocam nele lembranças de sentimentos vividos em situações semelhantes à da vítima. Um exemplo freqüente é o da criança que chora ao ver a outra se cortar. O sangue e o choro da outra criança são algumas pistas situacionais que evocam no pequeno observador em questão lembranças de experiências passadas de dor.

A associação direta difere do condicionamento clássico porque não requer experiências prévias de pareamento de sentimentos do observador com pistas das reações emocionais dos outros. É necessário somente que o observador já tenha vivido em seu passado sentimentos que possam ser evocados pelas pistas presentes na situação. Nesse sentido, a associação direta tem maior alcance do que o condicionamento clássico, pois, possibilita às crianças empatizarem com uma variedade maior de experiências emocionais.

Em resumo, Hoffman (2007), destaca várias razões pelas quais estes três modos de excitação empática são importantes. A primeira delas é por serem automáticos, de rápida ação e involuntários. A segunda é que eles permitem às crianças que ainda não adquiriram a linguagem, empatizarem com o sofrimento dos outros. Eles também produzem pareamentos precoces entre o sofrimento empático da criança e o sofrimento atual de outras pessoas, o que contribui para criar uma expectativa de sofrimento na criança sempre que ela se depara com uma situação emocionalmente mobilizadora. Finalmente, estes modos são auto-reforçadores, em certo sentido, porque quando levam a um comportamento de ajuda, eles promovem um alívio no sofrimento tanto da vítima quanto de quem a ajudou.

A partir dos dois anos de idade, a aquisição da linguagem é uma etapa de suma importância no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança, pois marca

sua entrada em um novo universo simbólico. Os modos de excitação empática passam então, a ser mediados pelo verbal, possibilitando que uma resposta empática ocorra sem que haja a necessidade de que a vítima e o observador estejam face a face. A partir dessa fase do desenvolvimento, a empatia pode ser despertada de dois outros modos, pela **associação mediada** e pelo *role-taking*.

Na associação mediada tanto as propriedades físicas das palavras quanto seu significado semântico podem servir de estímulo para eliciar sentimentos empáticos no observador. Um exemplo da primeira situação seria quando uma mãe diz à criança que uma pessoa querida está com câncer. O som da palavra se associa com as expressões faciais de tensão e angústia da mãe e, posteriormente, a palavra câncer irá servir como um estímulo condicionado que despertará na criança sentimentos de medo e ansiedade. Já o processamento semântico das palavras envolve um trabalho mental mais elaborado, que requer maior capacidade de abstração. Nesse caso, ao receber as mensagens verbais sobre os sentimentos da vítima (“Eu estou triste”) ou sobre sua situação (“Minha mãe está internada no hospital em estado grave”), o observador irá decodificar essas mensagens, relacionando-as à sua própria experiência ou ainda, imaginar as expressões faciais e outras reações para então, responder empaticamente através de outros processos como a associação direta ou a mímica.

O último modo de excitação empática seria o *role-taking*, o qual requer um nível mais avançado de processamento cognitivo, na medida em que exige do indivíduo a habilidade de imaginar-se na situação do outro, adotando sua perspectiva para tentar compreender como se sente. Nesse sentido, os conceitos piagetianos de *egocentrismo* e *descentração cognitiva* são fundamentais para compreendermos o desenvolvimento desta habilidade cognitiva e suas implicações no âmbito da socialização moral.

Para que uma criança consiga se colocar no lugar do outro é preciso abandonar a lógica egocêntrica e intuitiva da primeira infância, própria do estágio pré-operatório, e ser capaz de certo descentramento cognitivo para que possa realizar ações mentais reversíveis e abstratas, próprias dos estágios das operações concretas e formais. Assim, segundo a teoria piagetiana, é somente a partir dos sete anos de idade, aproximadamente, que a criança possui os esquemas mentais necessários para compreender diferentes perspectivas. Em um primeiro momento, esta tomada de perspectiva ainda se dá a partir dos aspectos imediatos percebidos em cada situação (*role-taking perceptivo*), ampliando-se posteriormente para outros aspectos mais abstratos que vão além da percepção imediata (*role-taking conceitual*) (Piaget, 1964/2010).

No âmbito da cognição social, o desenvolvimento da capacidade de *role-taking* em crianças foi estudada por Selman (1971) e Selman e Byrne (1974), a partir de uma visão estruturalista, visando compreender em que medida esse desenvolvimento estava associado a diferentes níveis de julgamento moral. Neste modelo estrutural do desenvolvimento do *role-taking* o mais importante é entender como as pessoas produzem conhecimento a respeito dos estados subjetivos das outras, quais os princípios organizativos desse conhecimento e como estes princípios dão conta de diferenciar, coordenar e relacionar as diferentes perspectivas. Com esse propósito, os estudos empíricos destes autores destacaram cinco estágios de desenvolvimento do *role-taking*, de acordo com as idades aproximadas em que aparecem. Estes estágios seriam:

**Estágio 0: Role-taking Egocêntrico** (3 aos 5 anos). Este estágio é caracterizado pela inabilidade da criança de distinguir uma interpretação pessoal sobre uma ação social de outras interpretações possíveis. Apesar de haver uma diferenciação entre o *self*

e os outros, ainda predomina o egocentrismo do pensamento e a criança não consegue diferenciar os pontos de vista e relacioná-los.

**Estágio 1: Role-taking Subjetivo** (6 aos 9 anos). As crianças nesse estágio conseguem perceber que as pessoas possuem diferentes interpretações sobre uma mesma situação social, mas esta percepção está muito atrelada às informações que ela tem da situação específica. Dessa forma, as pessoas sentiriam ou pensariam de forma diferente porque estão em situações distintas ou possuem informações distintas. Nesse estágio, porém, a reciprocidade de perspectivas ainda não ocorre totalmente. A criança já considera que os outros possuem estados subjetivos diferentes do seu, mas não se dá conta que a recíproca é verdadeira, que os outros também a vêem como sujeito. Assim, ela ainda não consegue manter simultaneamente o seu ponto de vista e colocar-se no lugar do outro para julgar suas ações.

**Estágio 2: Role-taking Recíproco** (7 aos 12 anos). Nesse estágio, a criança alcança maior consciência de que as pessoas pensam e sentem de formas diferentes porque possuem seu próprio conjunto de valores e propósitos. Agora já é possível reconhecer que os outros também têm consciência dos estados internos do *self*. No entanto, estas reflexões ainda não ocorrem simultaneamente, mas sequencialmente. Assim, a criança ainda não consegue se distanciar da situação bipessoal e olhá-la de fora, a partir de uma terceira perspectiva.

**Estágio 3: Role-taking Mútuo** (10 aos 15 anos). A entrada na adolescência marca a transição do pensamento operatório concreto para o operatório formal, viabilizando reflexões abstratas sobre as relações mútuas entre os objetos físicos e sociais. Nesse estágio, o púbere é capaz de analisar as situações interpessoais da perspectiva de um expectador externo, mantendo seu ponto de vista pessoal ao mesmo

tempo que considera o de outros. Assim, ele consegue generalizar a perspectiva do indivíduo para o grupo social ao qual ele pertence, comparando-a ao mesmo tempo a sua própria perspectiva.

**Estágio 4: Role-taking Societal** (adolescência e idade adulta). Neste estágio o adolescente e o jovem adulto conseguem fazer múltiplas generalizações das perspectivas individuais para daí abstrair as regras mais amplas que regem a sociedade, como a lei e a moral.

Os conceitos piagetianos de egocentrismo e descentração também são considerados por Hoffman (2007) ao buscar compreender a interação entre razão e afeto que subjaz esse último modo de excitação empática. Para ele existiriam três tipos de *role-taking*: o ***role-taking* autocentrado**, o ***role-taking* focado no outro** e a **combinação de *role-taking***.

O *role-taking* autocentrado, acontece quando o observador diante do sofrimento da vítima imagina como se sentiria na mesma situação. Se esta capacidade de imaginar-se na situação for intensa, o observador pode experimentar um sentimento correspondente ao da vítima.

O *role-taking* focado no outro, ocorre quando o observador, diante de uma situação de sofrimento, tenta imaginar como a vítima se sente. A resposta empática neste caso pode ser intensificada por informações adicionais que o observador tenha sobre a vítima ou por um conhecimento mais geral sobre como as pessoas costumam se sentir em situações como a observada.

Em estudo realizado por Batson, Early e Salvarani (1997, citado por Hoffman, 2007), foi verificado que o *role-taking* autocentrado produzia um afeto empático mais intenso do que o *role-taking* focado no outro. Para Hoffman, isso ocorre porque o fato

dos sujeitos imaginarem como se sentiriam naquela situação, ativaria seu próprio sistema de necessidades. Por isso, esse tipo de *role-taking* traz limitações importantes para as condutas de ajuda, pois as memórias pessoais despertadas podem controlar as respostas do observador e tirar sua atenção da situação da vítima.

A perda dessa conexão empática com as vítimas foi ressaltada por Hoffman (1978) em outro trabalho, no qual ele reflete sobre a tendência egoísta dos seres humanos e suas implicações para o comportamento pró-social. Essa tendência egoísta representa um ponto frágil da empatia, pois chama a atenção para o fato que, embora as pessoas sintam empatia pelos outros, elas não são os outros e, em determinados momentos, suas necessidades pessoais acabam se sobressaindo. Apesar do *role-taking* autocentrado produzir respostas empáticas mais intensas elas também são mais instáveis do que as respostas produzidas pelo *role-taking* focado no outro. Na opinião de Hoffman, para que uma resposta seja qualificada como verdadeiramente empática ela deve estar voltada para as necessidades da vítima.

A combinação de *role-taking* leva em consideração a oscilação entre os dois pólos descritos anteriormente: o *self* e o outro. Para Hoffman (2007), essa combinação mostra-se mais poderosa e eficiente, a medida que esses dois pólos se integram - a intensidade emocional de um dos pólos se soma à focalização da atenção nas necessidades do outro. Um *role-taking* maduro é definido como aquele em que a pessoa se imagina no lugar da outra (*role-taking* autocentrado) e integra os resultados do afeto empático suscitado internamente com outras informações que possui sobre a vítima e com um conhecimento geral sobre como as pessoas usualmente se sentem naquela situação específica (*role-taking* focado no outro).

Interessante notar que esta capacidade de integração de diferentes perspectivas (a do *self*, a do outro e a de grupos mais amplos) de que nos fala Hoffman, exige do indivíduo habilidades metacognitivas semelhantes às descritas por Selman e Byrne (1974) nos estágios mais maduros do *role-taking* (estágio 4: *role-taking* mútuo e estágio 5: *role-taking* societal). Nesse sentido, podemos pensar que a combinação de *role-taking* só seria possível em crianças em idades mais avançadas, a partir dos 10 ou 12 anos.

Os diferentes modos através dos quais o sofrimento empático pode ser despertado no observador mostram que a empatia é desenvolvida à medida que o indivíduo progressivamente adquire um maior senso cognitivo de si e dos outros como entidades separadas. Assim, Hoffman (1987) presume que a forma que um observador vivencia o afeto empático é diferente, pois depende da etapa do desenvolvimento sócio-cognitivo em que se encontra.

### **1.2.2. O desenvolvimento da empatia**

No que se refere ao desenvolvimento sócio-cognitivo, Hoffman (1987, 2007) considera útil pensar o processo de diferenciação entre o *self* e os outros, em quatro etapas, a saber: 1) etapa *fusional*, no qual falta uma separação clara entre *self* e outros; 2) etapa da *permanência do objeto*, em que a criança tem consciência que os outros são entidades fisicamente separadas do *self*; 3) etapa da *tomada de perspectiva*, quando a criança adquire consciência que os outros possuem sentimentos e estados internos independentes dos seus e 4) etapa da *identidade pessoal*, na qual o indivíduo se torna consciente que os outros possuem experiências que vão além da situação imediata e que têm uma história de vida e uma identidade própria.

Em consonância com estas etapas de diferenciação do *self*, Hoffman (1987, 2007), propõe cinco estágios no desenvolvimento do afeto empático, os quais seriam: 1) empatia global; 2) empatia egocêntrica; 3) empatia quase-egocêntrica; 4) empatia verdadeira e 5) empatia para além da situação.

O estágio da *empatia global* vai do nascimento até aproximadamente os seis meses de vida. Nesse período, o choro reativo dos bebês seria o exemplo de uma resposta empática bastante primitiva que se processa via imitação. Porém, a capacidade do bebê diferenciar a angústia do outro da sua é bastante precária, pois o outro é sentido como pertencendo à mesma entidade psicológica global que o *self*. À medida que o outro vai progressivamente se tornando de fato um “outro”, separado do *self*, o choro do bebê deixa de ser automático. Um bebê de 6 meses, por exemplo, ao ver outro chorando, primeiro irá olhar a situação, fazer uma expressão facial de tristeza, buscar com o olhar a mãe para depois de um tempo começar a chorar. Este comportamento sugere que o bebê já percebe vagamente o outro como alguém fisicamente diferente de si. A resposta empática, nesse caso, pode ser despertada via condicionamento clássico ou associação direta. No entanto, a resposta da criança ao sofrimento do outro ainda não gera comportamentos de ajuda, leva apenas a ações egoístas, voltadas para o alívio da tensão despertada no próprio *self*.

Aos seis meses de idade tem início o estágio da *empatia egocêntrica* que perdura até aproximadamente o final do primeiro ano. Nesse período, as crianças adquirem a noção do *objeto permanente*, ou seja, elas passam a ter consciência que os objetos (pessoas) continuam existindo mesmo quando estão fora do seu campo perceptivo. Segundo Piaget (1964/2010), com a construção do esquema de objeto, a afetividade alcança também outro nível, caracterizado pela “escolha do objeto”. A escolha do

objeto, que a psicanálise opõe ao narcisismo, corresponde para Piaget, à construção intelectual do objeto, assim como o narcisismo se constitui como uma etapa precoce do desenvolvimento, marcada pela indiferenciação entre o mundo externo e o eu.

Pela escolha do objeto a criança é capaz de objetivar seus sentimentos, projetando parte deles no objeto enquanto outra parte permanece no *self*. Mas nesse estágio do desenvolvimento sócio-cognitivo, os estados afetivos projetados no objeto ainda permanecem sem uma delimitação precisa e a criança não consegue diferenciar se eles lhe pertencem ou se pertencem ao outro (Piaget, 1964/2010).

Como a diferenciação do *self* ainda é rudimentar, a criança irá buscar maneiras egocêntricas de aliviar o sofrimento do outro, utilizando as mesmas estratégias que funcionam quando ela se encontra na mesma situação. Um exemplo seria quando uma criança em torno de um ano e meio vê um coleguinha chorando e chama sua mãe para consolá-lo, mesmo tendo conhecimento de que a mãe do colega está presente.

Para Hoffman (2007), a angústia empática no final do primeiro ano tem uma motivação egocêntrica, mas, ao contrário de outras motivações egocêntricas, ela é desencadeada pelo sofrimento de outra pessoa que já começa a se diferenciar fisicamente do próprio *self*. Ainda que a angústia empática gerada no *self* não tenha motivações de cunho plenamente pró-sociais, ela estaria a meio caminho para chegar lá e por isso, poderia ser considerada uma precursora da motivação pró-social.

Nessa transição, até meados do segundo ano de vida, a criança estará tentando se desvencilhar de seu egocentrismo e atravessará mais um estágio no desenvolvimento da angústia empática, denominado *estágio quase-egocêntrico*. Nele, a criança adquire maior consciência de seus estados subjetivos, mas ainda não consegue se dar conta de que os outros também possuem estados internos independentes dos seus. Dessa forma, o

*role-taking* possível nesse estágio continua sendo autocentrado e os comportamentos de ajuda que dele resultam podem ainda se mostrar equivocados.

Depois dos dois anos e meio de idade tem início o *estágio da empatia verdadeira*. Nesse estágio as crianças começam a ter consciência de que os outros possuem estados subjetivos independentes, o que viabiliza um *role-taking* focado nas necessidades do outro e, conseqüentemente, os comportamentos de ajuda serão mais efetivos para o alívio do sofrimento da vítima. Agora a angústia empática pode ser considerada plenamente um motivador de comportamentos pró-sociais.

O último estágio do desenvolvimento da empatia é o da *empatia para além da situação* que tem início na adolescência e perdura durante a vida adulta. Nesse estágio, emerge a concepção da continuidade da existência, ou seja, o adolescente é capaz de considerar que tanto ele quanto as outras pessoas possuem uma história de vida e identidades distintas. Com isso, ele compreende que os sentimentos da vítima ultrapassam a situação imediata em que foram gerados e podem estar relacionados a um contexto de vida mais amplo. Assim, o adolescente é capaz de integrar informações que possui sobre a vítima com a reação emocional que observa em uma situação específica para poder inferir o que se passa internamente com ela. Se, por exemplo, a vítima encontra-se sorrindo em uma conversa amena entre amigos, mas o observador sabe que ela possui uma doença grave e incurável, ele é capaz de entender que aquele estado emocional observado é transitório e pode então, empatizar com a angústia experimentada pela vítima diante da possibilidade de sua morte.

Nesse estágio, a empatia por grupos sociais mais amplos também se torna possível pela capacidade do indivíduo integrar o sofrimento empático despertado pela situação da vítima com a representação mental que possui do grupo social da qual ela

faz parte (meninos de rua, portadores de doenças crônicas, etc). Esse tipo de empatia pode levar a comportamentos de ajuda não só para com a vítima, mas para com seu grupo social, através da organização e/ou associação a entidades voltadas para a melhoria das condições de vida dessas pessoas, como ONGs, partidos políticos, etc.

### **1.2.3. Os sentimentos empáticos**

Ao longo desses estágios fica evidente que a qualidade do afeto empático se modifica em função do desenvolvimento cognitivo. Nesse sentido, Hoffman (2007) destaca dois afetos básicos, a *angústia empática* e a *angústia simpática*. Além destes, ele ainda destaca a raiva, a culpa e a injustiça, que podem ser gerados dependendo da atribuição causal feita pelo observador para o sofrimento da vítima.

A *angústia empática* é entendida como o sentimento de desconforto, ansiedade e sofrimento despertado no *self* de um indivíduo ao observar outro em uma situação de aflição e dor. Esse tipo de afeto não levaria a maiores descentrações cognitivas e, conseqüentemente, as ações motivadas por ele visariam apenas o alívio da tensão despertada no *self*. Como visto anteriormente, o desenvolvimento de um maior senso cognitivo do outro faz com que parte dessa angústia do *self* seja transferida para a representação do outro, o que ocorre quando a criança adquire a noção da permanência dos objetos. Assim, na passagem do estágio egocêntrico para o quase-egocêntrico se dá a transformação parcial da angústia empática em *angústia simpática*.

A *angústia simpática* é um tipo de afeto empático focado nas necessidades do outro, podendo gerar sentimentos de compaixão e motivar comportamentos altruístas. A transformação da angústia empática em angústia simpática se completa justamente quando a diferenciação eu-outro se torna clara e mais abrangente, o que só acontece a partir do estágio da empatia verdadeira.

Ao se deparar com alguém em sofrimento, aquele que observa, freqüentemente buscará encontrar as causas desse sofrimento. Diferentes atribuições causais podem determinar quais afetos empáticos serão experimentados pelo observador em cada situação. Assim, a angústia empática poderá ser transformada em angústia simpática quando: a) não houver nenhuma pista situacional forte o bastante que possa explicar o sofrimento; b) quando o observador não possui nenhuma informação adicional sobre a vítima, ou c) quando as informações que possui indicam que a vítima não tem nenhum controle sobre seu sofrimento, como no caso de doenças graves ou de ferimentos acidentais.

De outro modo, se pistas indicam existir um culpado para o sofrimento da vítima, o observador voltará sua atenção para este ofensor e o sentimento empático despertado nessa situação será a *raiva* do observador em relação ao ofensor. Esse sentimento pode se alternar com a angústia empática e simpática para com a vítima ou então, se sobrepor à angústia empática disparada inicialmente a ponto de impedir que o observador tenha qualquer atitude visando ajudar a vítima. Esse último caso pode ocorrer quando os modos mais primitivos de excitação empática sobressaem sobre os mais evoluídos em função da imaturidade cognitiva e/ou de algum viés da situação, como veremos mais adiante.

No estágio egocêntrico, devido à imaturidade cognitiva, as crianças ainda estão presas à situação imediata e tendem a manifestar seu sentimento de raiva empática de maneira mais direta no meio. Assim, uma criança de um ano e meio de idade, por exemplo, que vê outra chorar ao tomar uma injeção, poderá reagir agredindo o enfermeiro que realiza o procedimento.

À medida que se torna capaz de integrar outras informações sobre a vítima, o ofensor e sobre a relação entre ambos, o observador consegue dar um novo sentido ao que ocorre na situação, podendo inclusive vir a sentir compaixão também pelo ofensor. Quando predominam os modos mais maduros de excitação empática, o sentimento de raiva também pode surgir quando o ofensor não está presente, fazendo-se representar por um grupo social. Assim, por exemplo, é possível sentir angústia empática e simpática por crianças em situação de pobreza e raiva por uma parcela da sociedade que negligencia as necessidades delas.

Até o momento a análise das situações partia do modelo do observador inocente, mas, dependendo das condições, esse observador pode não se sentir “inocente” e se culpar pelo sofrimento da vítima. Quando isso ocorre, temos a condição perfeita para o surgimento do sentimento de *culpa empática*. A culpa empática resulta da combinação da angústia simpática e da consciência da responsabilidade pelo sofrimento do outro. Além disso, a culpa em geral, vem associada com o sentimento de raiva empática dirigida neste caso, ao próprio *self*.

Um observador inocente diante da situação de sofrimento de uma vítima pode se sentir culpado quando não faz nada para ajudar ou mesmo quando faz, mas seus esforços de ajuda fracassam, ainda que por razões compreensíveis e legítimas. Nestas duas situações, a culpa não é por ter causado o sofrimento do outro, mas por ter contribuído para sua continuidade, através da não intervenção ou de uma intervenção não efetiva. Esse tipo de culpa foi denominado por Hoffman (2007) de *culpa pela inércia*. Diferentemente da culpa por ter causado um mal a alguém, a culpa pela inércia é um tipo de sentimento mais avançado, pois além da consciência do sofrimento do

outro ela requer que o observador imagine o que poderia ter sido feito para ajudar a vítima ou mesmo prevenir os danos sofridos.

O sentimento de culpa empática é um componente fundamental adquirido ao longo da socialização moral. Ele leva as pessoas a refletirem sobre seus valores e atitudes, favorecendo a modificação de seu comportamento em situações futuras. Uma vez internalizados os valores e princípios morais, qualquer situação, real ou imaginada, que possa levar à transgressão desses valores, ativa a culpa no indivíduo, fazendo com que ele freie os comportamentos que vão contra seus princípios. Na condição de um transgressor virtual, aquele que acredita ter causado o sofrimento de outro quando as causas são desconhecidas, um conjunto de situações pode gerar um tipo de *culpa virtual*, pois o dano causado é mais imaginado do que real. Hoffman (2007) agrupa várias situações que podem gerar esse tipo de culpa em uma categoria denominada de *culpas existenciais*.

A *culpa existencial* abrange então, uma série de situações nas quais um indivíduo se sente em uma posição de vantagem em relação à vítima, mesmo que tal posição se deva a circunstâncias que fogem ao seu controle. Uma situação que ilustra essa categoria seria a de pessoas que sobreviveram a um desastre natural ou a uma guerra e passam a se sentir culpadas pelo simples fato de terem sobrevivido enquanto tantas outras morreram. Outras situações menos dramáticas, que levam a uma comparação entre os indivíduos, também podem gerar esse tipo de culpa, como a separação entre pais e filhos, conquistas no trabalho e na vida pessoal.

O sentimento de culpa virtual pode levar o indivíduo a utilizar diferentes estratégias para reparar o dano que imagina ter causado ao outro. Uma dessas estratégias é o auto-denegrimento do qual o indivíduo lança mão, muitas vezes de forma

inconsciente, com o intuito de colocar-se em uma condição igual ou até pior a da suposta vítima. Para alguns autores como O'Connor, Berry, Lewis, Mulherin e Crisostomo (2007), esse comportamento pode ser considerado altruísta, pois sua intenção foi diminuir ou evitar o sofrimento da vítima. Porém, não podemos deixar de considerar que muitos indivíduos depressivos utilizam esse comportamento no intuito de atrair para si a atenção do outro e receber ajuda ao invés de se voltar para as necessidades do outro. Esta estratégia pode gerar uma desregulação emocional no indivíduo que a utiliza, favorecendo, por exemplo, estados depressivos com graus variados de severidade. Tais aspectos emocionais relacionados à empatia serão mais bem discutidos no capítulo seguinte.

Por outro lado, os indivíduos que sentem culpa existencial também podem ter comportamentos altruístas sem que estes levem a um comprometimento emocional. Ao invés de se colocarem “para baixo”, eles podem usar de sua posição privilegiada e de seus recursos internos e externos de maneira realista e equilibrada para fazerem algo em prol dos menos afortunados, diminuindo assim, tanto sua culpa quanto o sofrimento do outro.

O último sentimento empático destacado por Hoffman (2007) é a *injustiça empática*, suscitada em situações nas quais o observador inocente julga o sofrimento da vítima como injusto. Evidentemente outros sentimentos empáticos (angústia simpática, raiva e culpa) estão presentes em situações nas quais se presencia uma injustiça, porém é o contraste percebido entre as qualidades de caráter e de atitudes da vítima e o tratamento que ela recebe que contribuem para que o sentimento de injustiça empática prevaleça.

Esse tipo de sentimento empático exige uma maior maturidade cognitiva do observador para que ele possa basear seu julgamento em uma visão mais geral sobre as condições de vida da vítima e do agressor, integrando e coordenando diferentes perspectivas.

As combinações de sentimentos empáticos se complexificam à medida que o indivíduo amadurece, aumentando assim, o conflito suscitado no *self* diante dos encontros interpessoais que lhe despertam questões morais. Para uma criança pequena a questão é mais simples e clara, ela pode sentir angústia empática e simpática pela vítima e raiva por aquele que julga ser o culpado. Já observadores maduros, além desses sentimentos, podem se sentir culpados por não ajudarem a vítima. Dependendo de sua posição ideológica, o observador poderá simpatizar também com o agressor por entender que ele é uma vítima da sociedade e assim sentir raiva da sociedade injusta e desigual. O comportamento do observador será uma resultante dessa complexa rede de afetos que levam a diferentes julgamentos das demandas morais em jogo.

#### **1.2.4. Sentimentos empáticos e comportamento altruísta**

No esquema teórico proposto por Hoffman (2007), os dois sentimentos empáticos básicos que predisõem os indivíduos a agirem seriam a angústia empática e a angústia simpática. Enquanto a angústia empática levaria a ações mais egoístas, voltadas, em última instância, para o alívio da tensão gerada no *self* do observador, a angústia simpática favoreceria ações pró-sociais, voltadas para as necessidades do outro.

O autor apresenta uma série de estudos empíricos realizados nas décadas de 70 e 90 que confirmam sua hipótese de que a angústia simpática é um motivador para condutas pró-sociais. Além da associação entre angústia simpática e comportamentos de ajuda, alguns estudos citados por Hoffman (2007), como os de Batson e Weeks (1996) e

Batson e Shaw (1991), demonstram que o comportamento de ajuda quando é genuíno e efetivo torna-se auto-reforçador, pois ao aliviar o sofrimento da vítima, a angústia empática do observador também diminui. Esses estudos sugerem que todo ato altruísta, ao trazer benefícios indiretos ao próprio indivíduo que o executa, serve como um regulador da ansiedade e da tensão despertadas no *self*.

Apesar dos benefícios que as ações altruístas podem trazer, por que muitas pessoas dotadas de capacidades empáticas deixam de ajudar os outros? As razões que levam as pessoas a agirem de um modo mais egoísta levaram os psicólogos sociais e da personalidade a refletirem sobre as limitações e vieses da empatia. A partir de uma revisão de estudos, Hoffman (2007) destaca dois vieses mais comuns: a *familiaridade* e o viés do “*aqui e agora*”. Isso significa que os sentimentos empáticos tendem a ser despertados com mais intensidade em situações face a face e se a vítima for uma pessoa familiar, que pertence ao mesmo grupo social do observador, as chances de seu sofrimento motivar comportamentos de ajuda aumentam.

Hoffman (2007) ainda destaca três razões que podem levar as pessoas a não ajudarem mesmo quando a angústia simpática está presente. A primeira razão diz respeito à interferência de outros observadores na mesma situação, o que levaria a uma difusão da responsabilidade. As outras razões dizem respeito à avaliação feita pelo observador dos custos, materiais e emocionais, que o ato de ajudar implica. Se o observador julga que os custos são muito altos comparados com o alívio que o ato de ajudar irá lhe proporcionar, ele provavelmente deixará de agir em prol da vítima. Nesse sentido, muitas pessoas sensíveis evitam situações interpessoais capazes de mobilizar seus sentimentos empáticos por temerem um acúmulo de angústia que prejudique seu bem estar psicológico.

Podemos pensar que a evitação de encontros empáticos e o afastamento emocional das necessidades da vítima são estratégias defensivas utilizadas pelo indivíduo para regular a intensidade do afeto empático despertado, protegendo-o de uma possível sobrecarga empática. A *sobrecarga empática* é entendida por Hoffman (2007) como “um processo involuntário que ocorre quando o sofrimento empático do observador se torna tão penoso e intolerável que é transformado em um intenso sentimento de desconforto pessoal que pode levar a pessoa a perder totalmente sua condição de empatizar com a vítima” (p.198).

Algumas diferenças individuais estão ligadas à maior vulnerabilidade para a sobrecarga empática. Indivíduos mais empáticos, que se sentem impotentes para ajudar o outro e possuem dificuldades para regular suas emoções por meio de estratégias cognitivas mais maduras, estão mais propensos a experimentar sobrecarga empática (Hoffman, 2007). A repetição da experiência de sobrecarga pode levar estes indivíduos a adoecerem pelo excesso de compaixão, podendo acarretar sinais de desajuste emocional, como depressão e ansiedade, que comprometem a utilização de suas capacidades empáticas.

Hoffman (2007) assinala que as pessoas só irão empatizar com o sofrimento do outro quando estiverem em um estado interno relativamente confortável consigo mesmas, caso contrário, elas tendem a estar mais focadas em suas próprias necessidades e deixam de estar abertas e responsivas para as necessidades do outro. Nesse sentido, para que a utilização das capacidades empáticas seja direcionada para ações altruístas, é preciso considerar as variáveis emocionais que podem sobrecarregar o indivíduo e movê-lo para ações mais egoístas em prol da preservação ou da recuperação do próprio bem estar psicológico.

### **1.3. Estudos Empíricos**

Nesta seção será apresentada uma revisão de estudos empíricos sobre a empatia. Neste momento serão destacados os resultados referentes a questões como: 1) as diferenças de gênero e contexto sócio-cultural na empatia e 2) a relação da empatia com outras variáveis atreladas ao desenvolvimento sócio-moral e emocional de crianças e adolescentes.

Lennon e Eisenberg (1987) em sua revisão sobre as diferenças de sexo e idade na empatia chamaram a atenção para a importância de se considerar a forma como esta variável é operacionalizada, ou seja, qual reação emocional está sendo considerada e qual o método utilizado para medi-la. Tal fato dificultaria as conclusões sobre as reais diferenças entre homens e mulheres na empatia. Considerando estas ressalvas, a revisão dos estudos indicou que a diferença entre os sexos tendia a ser maior quando se avaliava respostas emocionais a partir de escalas de auto-relato, nas quais os participantes podiam controlar conscientemente suas respostas. Nestes casos, as mulheres revelaram-se mais empáticas do que os homens. Em situações em que as demandas características a serem avaliadas eram mais sutis, as diferenças foram menos acentuadas tendendo, inclusive, a desaparecer em situações nas quais os participantes não tinham controle consciente de suas respostas (quando se utilizava medidas fisiológicas, por exemplo).

Considerando as medidas de auto-relato, as diferenças de gênero na empatia, poderiam ser explicadas em função da expectativa social criada a respeito dos papéis tradicionalmente atribuídos a cada sexo. Assim, a empatia é valorizada como um atributo feminino que permitiria às mulheres desempenharem seu papel social de mãe, responsáveis pelo cuidado dos filhos, especialmente no que concerne ao suporte emocional deles e da família (Lennon & Eisenberg, 1987).

A revisão realizada para o presente estudo, além de confirmar essa tendência feminina para maior empatia em medidas de auto-relato, também apontou para algumas diferenças sócio-culturais a respeito da experiência empática (Ceconello & Koller, 2000; Eisenberg, Zhou, & Koller, 2001; Jolliffe & Farrington, 2010; Koller et al., 2001; Pérez-Albéniz, Paúl, Etxeberría, Montes, & Torres, 2003; Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga, & Menezes, 2011; Sampaio, Monte, Camino, & Roazzi, 2008; Siu & Shek, 2005).

No que se refere às diferenças sócio-culturais na forma de experienciar a empatia, estudos de validação do *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) com adolescentes brasileiros, como o de Koller et al.(2001), verificaram intercorrelações positivas e significativas entre as subescalas utilizadas do instrumento: *consideração empática*, *angústia pessoal* e *tomada de perspectiva*. Estes resultados divergem do estudo original de Davis (1983), no qual a *angústia pessoal* se correlacionou negativamente com a *tomada de perspectiva* e a *consideração empática*. Com base na própria definição teórica destes componentes, os autores discutem que não seria esperado que a *angústia pessoal* (sentimento de ansiedade mais auto-voltada) se correlacionasse positivamente com a *consideração empática* e a *tomada de perspectiva*, uma vez que estes componentes da empatia fariam a favor de uma capacidade de descentração cognitiva e afetiva.

Outros estudos brasileiros com o IRI, utilizando as quatro subescalas originalmente propostas por Davis (1983) como os de Sampaio (2007), Sampaio, Guimarães e Araújo (2009) e Galvão (2010) comprovaram que estes aspectos afetivos e cognitivos da experiência empática encontravam-se associados, indicando talvez uma característica da cultura brasileira na forma de experienciar a empatia. Para os brasileiros, parece que a mobilização de *Angústia Pessoal* não impediu a descentração

cognitiva e afetiva, mas pareceu servir de suporte, de “disparador” para a *Consideração Empática*. Porém, teoricamente, para que o comportamento de ajuda fosse efetivo seria necessário que o componente empático de *Tomada de Perspectiva* fosse alto. Nesse sentido, estes trabalhos sugerem que o papel mediador da *Tomada de Perspectiva* necessita maior investigação empírica.

Recentemente Sampaio et al. (2011) realizaram um estudo com jovens nordestinos, utilizando o IRI traduzido para o português com o intuito de verificar alguns indicadores de validade interna para esta versão traduzida. Uma primeira análise fatorial confirmatória indicou que a estrutura de quatro fatores era adequada para compreender a empatia, explicando 44% da variância. Porém, foram retirados da escala original dois itens por apresentarem baixo índice de saturação (item 28 de *Tomada de Perspectiva* e item 11 de *Angústia Pessoal*). A versão final da escala com 26 itens foi novamente testada para verificar qual o melhor modelo para explicar a empatia: se o modelo tetra-fatorial proposto por Davis (1983), ou dois modelos hipotéticos alternativos, unifatorial e bifatorial (Fator 1: componentes afetivos e Fator 2: componentes cognitivos). Verificou-se que o modelo de quatro fatores continuava sendo o que melhor explica a variância. As quatro subescalas mostraram bons índices de fidedignidade, ressaltando-se a importância da dimensão da *Fantasia* na experiência empática dos brasileiros. O teste de correlação de Pearson mostrou mais uma vez que as quatro dimensões da empatia se relacionavam positivamente. As relações mais fortes se deram entre as dimensões de *Fantasia* e *Angústia Pessoal* (0,47), seguidas de *Consideração Empática* e *Angústia Pessoal* (0,43), *Consideração Empática* e *Tomada de Perspectiva* (0,33), *Angústia Pessoal* e *Tomada de Perspectiva* (0,15) e *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva* (0,14). Os autores discutiram a baixa relação entre os dois componentes cognitivos da empatia, *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva*, a partir do grau

de descentração cognitiva que elas exigiam. A *Fantasia* exige um grau menor de descentração, pois o outro é o da imaginação e o indivíduo pode se identificar com ele e sofrer suas dores sem que isto o leve necessariamente a assumir o lugar do outro. Já a *Tomada de Perspectiva* exige uma implicação com o outro real, trazendo um forte componente social e interacional.

Em outros países latinos foram encontrados dados semelhantes aos brasileiros quanto à experiência empática. Utilizando a mesma medida (IRI) com adolescentes espanhóis da Catalunha (13 a 18 anos), Escrivá et al. (2004) verificaram intercorrelações positivas e significativas entre quase todas as subescalas do IRI, excetuando-se a *Tomada de Perspectiva* e a *Angústia Pessoal*. Porém, a força com que os demais componentes se relacionaram difere das amostras brasileiras. A correlação mais forte foi encontrada entre a escala de *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática* (0,43), seguida por *Fantasia* e *Consideração Empática* (0,37), *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva* (0,22), *Fantasia* e *Angústia Pessoal* (0,20) e *Consideração Empática* e *Angústia Pessoal* (0,19).

Pérez-Albeniz et al. (2003), em outro estudo de validação do IRI para a população espanhola (País Vasco) de adultos ( $M = 39$  anos) encontraram um padrão de relação semelhante ao de seus vizinhos Catalães. As correlações mais significativas e fortes foram entre *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática* (positiva), *Fantasia* e *Consideração Empática* (positiva) e *Tomada de Perspectiva* e *Angústia Pessoal* (negativa). De maneira similar aos dados brasileiros já reportados, a relação entre *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva* foi positiva, mas praticamente nula e *Tomada de Perspectiva* e *Angústia Pessoal* também se correlacionaram de maneira muito fraca.

Na China, Siu e Shek (2005) validaram o IRI em uma amostra de estudantes secundaristas e universitários. As análises fatoriais confirmatórias corroboraram o

modelo de Davis (1983) de quatro fatores, porém análises fatoriais exploratórias sugeriram um modelo de três fatores, a saber: *Angústia Pessoal (personal distress)*, *Fantasia* e um terceiro fator que agruparia os itens das subescalas de *Consideração Empática* e *Tomada de Perspectiva*. Esse resultado chama a atenção para a dificuldade de se diferenciar claramente os aspectos afetivos e cognitivos da experiência empática em jovens chineses.

Outros estudos recentes sobre a empatia têm se focado na compreensão de seu papel como um fator fundamental no desenvolvimento sócio-moral e afetivo de crianças e adolescentes.

Eisenberg, Zhou e Koller (2001), realizaram um estudo com adolescentes brasileiros com o objetivo de analisar as relações entre o raciocínio moral pró-social (PROM), auto-relatos de comportamentos pró-sociais (*Prosocial behavior*), *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática* (IRI). Os resultados evidenciaram que adolescentes com alto nível de *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática* também tinham alto nível de raciocínio moral pró-social. Diferenças significativas com relação ao sexo e tipo de escola foram encontradas neste estudo: meninas de um modo geral relataram maior nível de *Consideração Empática* e os estudantes de nível socioeconômico mais alto relataram maior índice em *Tomada de Perspectiva*. As análises estatísticas depreenderam o seguinte modelo explicativo: a *Tomada de Perspectiva* previu o raciocínio moral pró-social e a *Consideração Empática*; a *Consideração Empática* apresentou dois caminhos para o comportamento pró-social – um direto e outro indireto, por meio do raciocínio moral. Assim, tanto a *Consideração Empática* quanto a compreensão da perspectiva do outro (aspectos afetivos e cognitivos da empatia) influenciaram o raciocínio moral pró-social e motivaram comportamentos pró-sociais. Vale ressaltar que uma medida de desejabilidade social foi utilizada e

mostrou-se positiva e significativamente relacionada com a *Tomada de Perspectiva*, o que mostra a influência dessa variável no raciocínio moral pró-social dos adolescentes.

O estudo de Ceconello e Koller (2000) com crianças em situação de vulnerabilidade social mostrou que aquelas que apresentavam maior empatia tendiam a ser mais competentes socialmente. Os autores destacaram a importância destes dois fatores no desenvolvimento de estratégias de adaptação a situações adversas, favorecendo a resiliência e diminuindo a vulnerabilidade sócio-emocional.

Jolliffe e Farrington (2010) investigaram a relação entre diferentes facetas do *bullying* (prevalência, frequência e tipo), fatores individuais (empatia, impulsividade e inteligência) e variáveis sócio-demográficas (sexo, nível sócio-econômico e estilos parentais) em adolescentes ingleses. De maneira geral, os resultados mostraram que meninos e meninas envolvidos em comportamentos de *bullying* apresentavam baixa empatia, em especial baixa empatia afetiva.

A empatia, como um componente importante das habilidades sociais e da regulação emocional, vem sendo trabalhada em programas de intervenção focal e breve com crianças e jovens com problemas de comportamento. Na literatura científica, estudos como os de Pavarino et al. (2005) demonstraram a eficácia de tais programas na diminuição de condutas agressivas, sinalizando a importância desempenhada pela empatia na adaptação sócio-emocional de crianças e adolescentes.

Considerando a importância dos aspectos afetivos relacionados ao desenvolvimento moral, Galvão (2010) desenvolveu um estudo quase experimental com 36 estudantes de João Pessoa, com o intuito de verificar se existiam diferenças entre os efeitos de uma técnica de educação moral denominada de “racional-discursiva” e outra denominada de “racional-afetiva”. Na primeira situação experimental os estudantes

discutiam dilemas morais, sob a coordenação de um facilitador e na segunda condição além de discutirem os dilemas, os participantes eram estimulados a desenvolver a empatia mediante o uso de técnicas de psicodrama. Um terceiro grupo controle serviu de parâmetro para comparação. Os resultados mostraram que o grupo submetido à técnica “racional-afetiva” evoluiu mais do que o grupo submetido à técnica “racional-discursiva”, tanto no que se refere aos estágios de desenvolvimento moral de Kolberg quanto no grau de empatia. Este estudo mostrou o importante papel da afetividade, precisamente da empatia, na construção da moralidade e deixando para pesquisas futuras a exploração de outros aspectos históricos, sócio-políticos, ideológicos e outras questões afetivas, como a raiva e a culpa, também relacionadas à construção da moralidade.

No próximo capítulo estas questões afetivas propostas anteriormente por Hoffman (2007) serão retomadas para a compreensão dos estados depressivos e ansiosos e sua relação com a empatia.

## **2. DEPRESSÃO E ANSIEDADE**

As emoções humanas são uma condição complexa que surge em resposta a determinadas experiências de caráter afetivo. Uma emoção intensa engloba vários componentes, como: a *experiência subjetiva*, ou seja, os estados afetivos ou sentimentos associados a ela; as *respostas corporais*, especialmente aquelas que envolvem o sistema nervoso autônomo; os *pensamentos*, conjunto de idéias e crenças que vem à mente automaticamente quando sentimos uma emoção; as *expressões faciais*; as *reações gerais* do organismo como um todo diante de uma emoção, ou seja, seu impacto sobre a saúde física e mental além das *ações* que as emoções impelem os indivíduos a realizarem. Nenhum destes componentes isoladamente constitui uma emoção, eles atuam em conjunto e se influenciam mutuamente para criar um determinado estado emocional (Atkinson, 2007).

O humor ou estado de ânimo é definido como o estado emocional basal, a “lente afetiva” utilizada a cada momento por uma pessoa para enxergar as situações com as quais se depara. Assim, alterações persistentes do humor acabam comprometendo a percepção da realidade externa e interna, ofuscando os limites entre a razão e a emoção e principalmente entre o eu e o não-eu (Dalgarrondo, 2008).

Neste capítulo serão tratados dois tipos de alteração do humor: a depressão e a ansiedade. Primeiramente serão destacados os seus aspectos descritivos de acordo com os manuais de classificação diagnóstica, CID 10 (1993) e DSM-IV-TR (2002). Em seguida serão apresentadas as perspectivas teóricas da psicanálise e da teoria cognitiva sobre estes fenômenos e por fim, alguns estudos empíricos enfocando a diferença de gênero, idade e contexto sócio-cultural serão apresentados.

## 2.1. Depressão

### 2.1.1 Aspectos descritivos e classificação diagnóstica

O termo *depressão* pode ser usado para designar: um estado afetivo normal de tristeza diante de perdas e frustrações; um sintoma encontrado em diversos quadros clínicos; uma síndrome que engloba um conjunto de sinais e sintomas (Del Porto, 1999).

De acordo com os manuais de classificação diagnósticos vigentes (DSM IV-TR, 2002 e CID 10, 1993) a depressão é entendida como uma síndrome, cujos sinais e sintomas podem ser agrupados em três categorias, a saber:

#### 1) Sintomas Psíquicos

- *Humor Depressivo*: sentimentos de tristeza durante a maior parte do dia, baixa auto-estima, auto-recriminações e sentimentos de culpa. O sentimento de desvalia e culpa associado a um episódio depressivo grave pode incluir avaliações irreais sobre o próprio valor, preocupações e ruminções cheias de culpa e senso de responsabilidade exagerado pelas adversidades do dia a dia. Em crianças e adolescentes, ao invés de tristeza, costuma-se observar um humor mais irritável ou “rabugento”. Nesse sentido, comportamentos de oposição e explosões de raiva podem ocorrer. Na ausência destas alterações do humor, queixas somáticas também podem ser indicativas de um quadro depressivo, como: dores de cabeça, labirintite, mal estar gástrico e intestinal, dentre outras. Isso é comum em crianças em idade pré-escolar, em idosos e em adultos que apresentam dificuldades para nomear seus sentimentos e significar as experiências emocionais. A esta falha específica na simbolização em

adultos dá-se o nome de *alexitimia*, termo cunhado por Sifneos na década de 70.

- *Redução da capacidade de sentir prazer em atividades antes consideradas agradáveis*: mesmo atividades de lazer e o contato social não despertam mais o interesse das pessoas deprimidas. Tudo que elas fazem tem um peso de dever e obrigação.
- *Fadiga ou sensação de perda de energia*: as tarefas simples do dia a dia parecem exigir da pessoa deprimida um esforço considerável, sendo seu desempenho lentificado pela sensação de falta de energia.
- *Diminuição na capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões*: as capacidades cognitivas de atenção, concentração, raciocínio, e memória também são afetadas na depressão. O curso do pensamento torna-se lentificado e permeado por idéias ruminativas que dificultam a tomada de decisões aparentemente simples aos olhos dos outros. Queixas de distraibilidade e memória são comuns, sendo necessária a diferenciação com outros quadros nos quais estes sintomas também estão presentes como nas demências e no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

## **2) Sintomas Fisiológicos**

- *Alterações do sono*: a insônia é a alteração mais comum, embora a hipersonia também possa ocorrer. Mesmo quando conseguem dormir as pessoas deprimidas relatam não ter um sono reparador, sentindo-se cansadas e sonolentas durante o dia.

- *Alterações do apetite:* o mais comum é a perda do apetite acompanhada de diminuição do peso corporal. Porém, algumas pessoas também podem ter um apetite aumentado, especialmente por doces e carboidratos, podendo, em casos extremos, levar a um quadro de obesidade.
- *Alterações do desejo sexual:* pessoas antes sexualmente ativas relatam uma queda do desejo sexual. A libido, de um modo geral, é retirada de todas as atividades que antes despertavam prazer (esportes, estudo, brincadeiras, etc), o que se pode observar tanto em adultos quanto nas crianças e adolescentes.

### **3) Sintomas Comportamentais**

- *Retraimento social:* por sentirem-se emocionalmente “a flor da pele”, pessoas deprimidas tendem a se isolar socialmente para evitar um acréscimo de angústia que possa piorar seu estado atual.
- *Crises de choro:* tanto crises de choro quanto acessos de raiva são comuns diante de qualquer estímulo, por mais insignificante que possa parecer aos outros.
- *Comportamento suicida:* idéias suicidas são muito comuns e as motivações para o ato incluem *distorções cognitivas*, pautadas por um pensamento parcial e cindido a respeito das situações. Os obstáculos que surgem na vida parecem definitivos e intrasponíveis. As perdas e frustrações são supervalorizadas, e o sujeito depressivo centraliza em si toda responsabilidade e a culpa pelo que ocorreu. Dessa forma, a morte parece a única forma de expiação da culpa e de acabar com seu sofrimento. Os pensamentos suicidas variam desde um remoto desejo de

estar morto, expresso por muitos pacientes pela vontade de “sumir”, “desaparecer” ou “ficar dormindo para sempre”. Tal desejo pode ser atuado de forma inconsciente pela pessoa ao se colocar constantemente em situações de risco como: dirigir em alta velocidade, envolver-se em brigas ou brincadeiras perigosas das quais sempre sai machucada. Muitas vezes, porém, os planos suicidas são mais conscientes e elaborados, estabelecendo a forma, a hora e o local em que o ato será executado.

- *Retardo psicomotor ou lentificação generalizada ou agitação psicomotora:* em alguns pacientes as alterações psicomotoras em ambos os sentidos (lentificação ou agitação) podem ser observadas no comportamento. Porém, alguns indivíduos experimentam estas alterações como sensações internas (sintomas) sem apresentarem sinais claros no nível do comportamento.

Tal síndrome depressiva pode estar presente de maneira episódica em vários transtornos mentais como nos transtornos ansiosos em geral (Transtorno Obsessivo Compulsivo, Fobia Social, por exemplo) e nos transtornos do pensamento (Esquizofrenias, Transtorno Delirante, dentre outros). Um episódio depressivo caracteriza-se pela ocorrência de pelo menos cinco dos sintomas descritos anteriormente por um período mínimo de 2 semanas. Quanto à gravidade, os episódios depressivos podem ser classificados como leves, moderados e graves.

Os Transtornos de Humor podem ser unipolares ou bipolares. Os primeiros caracterizam-se pela ocorrência apenas de episódios depressivos, enquanto os últimos envolvem a ocorrência de episódios mistos de depressão e mania ou apenas episódios maníacos.

## 2.1.2. Teorias sobre a depressão

### 2.1.2.1. A perspectiva psicanalítica

Na perspectiva psicanalítica, a depressão resultaria de um sentimento de raiva dirigido contra o próprio Eu. Essa idéia é desenvolvida inicialmente por Freud em seu trabalho *Luto e Melancolia* (1917 [1915]). Nele, Freud diferencia estes dois estados emocionais da seguinte forma: *“a melancolia se caracteriza, em termos psíquicos, por um abatimento doloroso, uma cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e diminuição da autoestima, que se expressa em recriminações e ofensas à própria pessoa e pode chegar a uma delirante expectativa de punição (...) o luto exhibe os mesmos traços, com exceção de um: nele a autoestima não é afetada. De resto é o mesmo quadro”* (p.172-173). Esta diferença se deve ao fato que na melancolia, diferentemente do luto, o Eu encontra-se identificado narcisicamente com o objeto perdido, não se diferenciando completamente dele. Assim, as recriminações e ataques dirigidos ao próprio Eu são, na verdade, ataques feitos a este objeto perdido. É nesse sentido que Freud afirma que na melancolia *“a sombra do objeto caiu sobre o Eu”* (p. 181).

A hipótese freudiana para a etiologia da melancolia é que a predisposição para o adoecimento reside na predominância do tipo narcísico de escolha de objeto. Nessas circunstâncias, quando uma frustração é experimentada, marcando a diferença entre ambos (Eu e objeto), o indivíduo defende-se da dor da separação através da regressão do investimento objetal à fase oral da libido. Através dessa regressão a modos mais primitivos de funcionamento mental, o indivíduo consegue manter o vínculo interno com o objeto perdido, *sendo* uma parte deste objeto. A parte do objeto com a qual o

indivíduo se identifica é aquela sentida como ruim, má, justamente porque o maltratou e frustrou seus desejos.

Em termos de modos de funcionamento mental, a fase oral do desenvolvimento psicosssexual é caracterizada pela predominância do *processo de pensamento primário* e do *princípio do prazer*. Nesse modo de funcionamento, os pensamentos são tomados em sua concretude e se aproximam da experiência alucinatória e dos sonhos, nas quais o afeto e a representação ligada a ele não se diferenciam. Confusões de todo tipo podem se instalar: a tomada da parte pelo todo, indiferenciações entre o sentir e o agir, o ser e o estar e entre o Eu e o não-Eu. O pensamento obedece à lógica do sistema inconsciente para a qual os limites impostos pela realidade externa não existem. A satisfação dos desejos é buscada desconsiderando-se os dados da realidade e as necessidades do outro, já que este não é reconhecido em sua alteridade (Freud, 1911).

Considerando estas hipóteses freudianas, podemos pensar que o indivíduo melancólico, devido à regressão a modos mais primitivos de funcionamento mental, não seria capaz de utilizar suas capacidades empáticas mais maduras. No que se refere às etapas do desenvolvimento da empatia apresentadas no capítulo anterior, é como se o indivíduo também regredisse para o *estágio egocêntrico* ou *quase-egocêntrico da empatia*.

Para desviar-se destas identificações narcísicas, o aparelho psíquico precisa restaurar, ou desenvolver, um modo de funcionamento mental mais maduro, pautado pelo *processo de pensamento secundário* e pelo *princípio da realidade*. Nele os afetos se ligam de maneira mais estável a representações que são postas a prova pela realidade externa. O pensamento agora obedece às leis do sistema pré-consciente/consciente, submetendo suas fantasias ao teste de realidade. Esse processo de pensamento irá

permitir, por exemplo, que o indivíduo se dê conta que o outro tem necessidades e desejos diferentes dos seus, o que pode levar o melancólico a identificar que o que odeia na verdade é a alteridade do objeto que o frustrou e não a si mesmo. Essa mudança possibilita a separação entre Eu e outro e abre caminhos para a restauração da auto-estima e para a entrada num processo normal de elaboração do luto.

Na perspectiva psicanalítica de Melanie Klein (1940; 1946) a relação do luto com os estados maníaco-depressivos é explicada a partir do tipo de relação que o Eu estabelece com seus objetos internos. Para esta autora, um mesmo objeto externo pode ser incorporado ao Eu de duas formas distintas. A primeira delas é quando este objeto satisfaz as necessidades do Eu e a sensação de prazer associada a esta experiência faz com que ele seja incorporado como um *objeto interno bom*. A segunda forma ocorre quando as experiências de frustração das necessidades são associadas à falta do objeto que será, então, incorporado ao Eu como um *objeto interno mau*.

No início do desenvolvimento, os objetos externos e o próprio Eu são percebidos de forma cindida, parcial: ou totalmente bons ou totalmente maus. Klein designa de *posição esquizo-paranóide* esta forma de funcionamento característica do psiquismo primitivo, mas que continua operando por toda a vida. Devido ao mecanismo de cisão dos objetos e do Eu, as ansiedades predominantes serão de cunho persecutório, pois o ódio do Eu, uma vez projetado e contido em um objeto externo fará com que este se torne uma fonte permanente de ameaça à integridade do Eu.

À medida que estes aspectos bons e maus vão sendo integrados, graças ao aumento da capacidade do indivíduo para testar a realidade externa, a diferenciação entre o Eu e o objeto se torna cada vez mais clara. O Eu pode assim perceber, que não é o objeto que muda, mas os seus sentimentos em relação a ele que se modificam. Diante

dessa nova realidade, o Eu passa a sentir culpa pelos ataques, reais ou fantasiados, dirigidos ao objeto que o frustra, pois agora se dá conta que seu ódio se dirige a parte de um mesmo objeto que é também bom e amado. A culpa e o pesar são dois sentimentos que caracterizam o que Melanie Klein chamou de uma *posição depressiva infantil*. Esta posição, diz respeito a um modo de funcionamento psíquico normal, presente ao longo de toda a vida, no qual predomina a percepção integrada dos objetos e, conseqüentemente do Eu. A ansiedade característica da posição depressiva está relacionada à perda do objeto e as principais defesas utilizadas pelo ego contra ela são: a *repressão* da agressividade, a *sublimação* da mesma em atividades socialmente aceitas e a *reparação*, cuja finalidade inconsciente é a de restaurar os danos causados ao objeto.

A elaboração da posição depressiva infantil requer um trabalho de luto pela perda de um objeto interno e de um Eu idealmente bons. Para que a elaboração deste luto primeiro e fundamental na constituição do sujeito seja levada a cabo com sucesso é necessário que as experiências boas com os objetos primários (pais) prevaleçam no mundo interno da criança, reforçando sua crença nas próprias capacidades reparadoras e na capacidade dos outros para perdoar suas falhas. Indivíduos que conseguiram elaborar este luto na infância terão facilidade em superar outras perdas ao longo da vida utilizando o mesmo processo interno. Ao restaurar o objeto amado que acaba de perder (integrando suas partes), o indivíduo re-estabelece ao mesmo tempo os vínculos com seus objetos primários bons, vencendo assim seu pesar. No luto patológico dos estados maníaco-depressivos esse processo não se desenvolve da mesma forma, pois predominam no mundo interno do indivíduo as experiências ruins com seus objetos primários da infância. Dessa forma, pessoas deprimidas sentem-se muito destrutivas e incapazes de reparar os danos que acreditam ter causado aos seus objetos de amor. Diante dessa impotência e culpa severas, muitos depressivos terminam por lançar mão

de defesas maníacas como a onipotência e a idealização de seus aspectos amorosos que estão a serviço da negação de seus impulsos destrutivos e de sua responsabilidade pelo sofrimento dos outros.

De acordo com a teoria kleiniana podemos concluir que a *empatia verdadeira* só ocorre mediante a elaboração da posição depressiva infantil, na qual há culpa, pesar e uma preocupação genuína com o outro, que passa a ser reconhecido em sua alteridade. Nesse sentido, os comportamentos altruístas têm relação com as tentativas de reparação verdadeira do objeto que o indivíduo sente que lesou. Considerando a saída maníaca dos estados depressivos, os comportamentos altruístas neste caso, estariam menos centrados nas necessidades do outro, mas visariam, sobretudo, a recuperação da auto-estima de uma forma patológica, pois se dá sem a integração dos aspectos bons e maus do objeto e do Eu.

A falha na integração destes aspectos emocionais à personalidade está na base dos estados depressivos, onde as exigências de um ideal de Eu narcísico (equivalente de um superego arcaico) entra em conflito com as capacidades reais do indivíduo. O melancólico encontra-se então, identificado com um superego rígido, absolutista e tirânico, representante dos objetos maus cindidos da *posição esquizo-paranóide*, e não consegue aceitar suas limitações nem tampouco a dos objetos. Na predominância deste modo de funcionamento primitivo, a moral possível é a embasada na lei do talião: “*olho por olho, dente por dente*”.

Nesse sentido, Zimmerman (2004) se reporta a um tipo de sofrimento depressivo – as “*pseudodepressões*”- ligado a comportamentos defensivos contra estes aspectos agressivos mal elaborados. Trata-se de estados depressivos daquelas pessoas que atravessam a vida inteira aparentando um estado crônico de desvalia e pobreza que não

correspondem à sua realidade. Segundo o autor, este é um comportamento defensivo cujas razões podem ser: a) o medo de atrair a inveja retaliadora dos demais; b) o receio de provocar uma depressão naqueles que o invejarem; c) o medo de vir a ser considerado pelos outros como uma fonte inesgotável de provimento das necessidades alheias e daí, serem muito cobrados e exigidos; e d) uma forma de atrair a atenção e a afeição dos outros se passando por necessitado e desprovido de recursos. Nota-se que apenas a estratégia **b** parece ter alguma intenção altruísta, de preocupação com o bem estar do outro. Mesmo assim, não podemos deixar de considerar que a projeção da própria inveja acarreta uma distorção da percepção do outro e dificulta uma leitura empática de seus reais sentimentos e necessidades.

#### 2.1.2.2. Perspectiva Cognitiva

A visão psicanalítica sobre a depressão deixa subentendidas as distorções cognitivas que podem ocorrer em função de aspectos da dinâmica afetiva inconsciente da personalidade. Partindo de outro vértice teórico, a abordagem cognitiva também salienta a importância dessas distorções na psicogênese dos estados depressivos.

De acordo com a revisão de Knapp e Beck (2008) o modelo cognitivo teve origem com as pesquisas de Aron Beck sobre os processos psicológicos da depressão. A experiência de Beck com a Psicanálise foi importante para o desenvolvimento posterior das estratégias e conceitos da Terapia Cognitiva. Algumas das formulações freudianas que fundamentaram as idéias cognitivistas foram: a idéia da estruturação hierárquica da cognição em processo primário (inconsciente e pautado em fantasias e desejos) e processo secundário (pensamentos acessíveis à consciência e pautados pelo princípio de realidade) e a idéia de que os sintomas são baseados em idéias patogênicas recalçadas. Ao longo de sua carreira profissional, Beck identificou-se com psicanalistas como

Alfred Adler, Harry Sullivan e Karen Horney, que enfatizavam a importância de se entender e lidar com as experiências conscientes, bem como tratar os significados atribuídos pelos pacientes aos eventos de sua vida. Visto desta forma, “*a teoria cognitiva, com seu foco nos processos intrapsíquicos, e não no comportamento observável, é mais um legado da teoria psicanalítica, embora os procedimentos terapêuticos sejam mais semelhantes à terapia comportamental*” (p.57).

No trabalho de revisão citado anteriormente, tem-se que a explicação proposta por Beck para os sintomas depressivos centra-se nas distorções cognitivas que levam o indivíduo a interpretações tendenciosas das situações. Tais interpretações são ativadas por pensamentos negativos de si mesmo, do mundo e do futuro. Essa é a tríade de pensamentos negativos que compõe o que Beck denominou de *tríade cognitiva da depressão*. Tais pensamentos encontram-se nas fronteiras da consciência e, portanto, ocorrem de maneira automática, sem reflexão e consideração da realidade. Embora muitos desses pensamentos não cheguem a ser totalmente conscientes, as pessoas podem ser treinadas a monitorá-los e a submetê-los ao teste da realidade a fim de modificá-los.

Na raiz dessas interpretações automáticas distorcidas estão pensamentos disfuncionais mais profundos, chamados de *esquemas* ou de *crenças nucleares*. De acordo com Clark, Beck & Alford (1999, citado por Knapp e Beck, 2008), os esquemas são “*estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, idéias ou experiências que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados*” (p. 57). Os esquemas são adquiridos precocemente no desenvolvimento do indivíduo, a partir de suas interações

sociais. Posteriormente eles continuam funcionando como uma lente para enxergar as experiências ao longo da vida. Isso ocorre porque os esquemas trazem um nível de carga emocional associado a eles. Um esquema fortemente investido de afeto será mais estável e influente nos julgamentos e ações do indivíduo.

Dentre os pensamentos disfuncionais mais comuns engendrados por esquemas Knapp e Beck (2008) destacam oito categorias, a saber: 1) *catastrofização* – pensar sempre que o pior vai acontecer sem levar em consideração outros desfechos; 2) *emocionalização* – quando o raciocínio lógico é turvado pelas emoções e estas guiam a interpretação da realidade; 3) *polarização* – quando os eventos ou pessoas são percebidos de maneira absoluta do tipo ou isso ou aquilo; 4) *abstração seletiva* – quando somente um aspecto da situação é considerado; 5) *leitura mental* – presumir, sem evidências, o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis; 6) *rotulação* – colocar um rótulo rígido nas pessoas ou situações; 7) *minimização e maximização* – quando as características positivas em si e nas situações são minimizadas enquanto os aspectos negativos são maximizados; e 8) *imperativos* – visão extremista que se prende sempre ao modo como as coisas deveriam ser ao invés de aceitá-las como são.

Estes pensamentos distorcidos estão inevitavelmente atrelados à percepção do indivíduo em relação a sua *auto-eficácia*. Segundo Pajares e Olaz (2008), este é um conceito da teoria social cognitiva, proposto por Bandura para se referir às crenças do indivíduo em sua própria capacidade para organizar as experiências e executar ações apropriadas para atingir objetivos específicos. Essas crenças na competência pessoal formam a base para a motivação humana, o bem estar psicológico e as realizações pessoais. Os estados emocionais constituem uma fonte importante de influência sobre a

auto-eficácia. Quando diante de uma tarefa, as pessoas têm pensamentos negativos ou duvidam de suas capacidades, as reações afetivas despertadas podem reduzir a percepção de sua auto-eficácia, aumentando ainda mais a ansiedade que acaba levando a um desempenho inadequado. Dessa forma, pode se criar um círculo vicioso, cujos fracassos sucessivos reforçam cada vez mais a descrença do indivíduo em suas capacidades, favorecendo a instalação do que Seligman (1976, citado por Pajares & Olaz, 2008) chamou de *desamparo aprendido*, característico dos estados depressivos.

De maneira análoga ao que foi salientado anteriormente com relação às teorias Psicanalíticas, parece plausível supor que nos estados depressivos tais distorções cognitivas podem comprometer a utilização das capacidades empáticas, na medida em que a discriminação de aspectos da realidade interna e externa tende a estar comprometida.

Considerando os componentes da empatia propostos por Davis (1983), podemos hipotetizar que a *tomada de perspectiva* e a *consideração empática* estariam comprometidas na depressão, pois estes componentes falam justamente da capacidade do indivíduo se descentrar de seu próprio Eu e checar a realidade social. Em contrapartida, seria esperado que *angústia pessoal* (sentimento de mal estar subjetivo diante do sofrimento do outro) estivesse aumentada e a *fantasia* também, uma vez que esta última lida com a dimensão do outro imaginário sem necessariamente levar em consideração suas demandas reais.

## **2.2. Ansiedade**

### **2.2.1. Aspectos descritivos e classificação diagnóstica**

Assim como a depressão, o termo ansiedade pode ser empregado para designar um estado afetivo normal de expectativa diante de algo ruim que possa ocorrer. Seu

valor adaptativo é indiscutível, pois proporciona um estado de alerta que prepara o organismo para reagir a uma possível ameaça. No entanto, quando este estado de alerta passa a ocorrer de maneira freqüente, na ausência de um perigo real que possa ser justificado pelos dados da realidade objetiva, estamos diante de uma ansiedade patológica. Nessa passagem do normal ao patológico é importante ter em conta os prejuízos causados pela ansiedade no funcionamento social e/ou ocupacional do indivíduo.

De acordo com os manuais de classificação diagnósticas, (DSM IV-TR, 2002; CID 10, 1993), os *Transtornos da Ansiedade* formam uma categoria ampla que engloba uma série de doenças, tais como: transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do pânico, fobias específicas, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade generalizada, dentre outros. Apesar de estas doenças variarem em sua forma de apresentação, elas guardam alguns sinais e sintomas em comum que justificam seu agrupamento em uma mesma categoria. A seguir será considerada apenas a descrição do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), pois a medida de ansiedade utilizada neste trabalho tem por base os sinais e sintomas desse quadro clínico.

Segundo o DSM IV-TR (2002), a característica essencial do TAG é uma ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva), a respeito de diversos eventos ou atividades da vida. Essa preocupação deve estar presente na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses. Além disso, essa ansiedade deve se fazer acompanhar de pelo menos três dos seguintes sintomas: 1) inquietação ou sensação de estar com os nervos a flor da pele; 2) fadiga; 3) dificuldade de concentração ou sensação de “branco” na mente; 4) irritabilidade; 5) tensão muscular; e 6) perturbações do sono (dificuldades para conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

A ansiedade no TAG, como o próprio nome sugere, é generalizada, seu foco não se restringe a apenas uma situação ou evento específico. Para o seu diagnóstico, é preciso diferenciá-la de outros transtornos, nos quais o foco da ansiedade é mais restrito, como por exemplo, a ansiedade de ser envergonhado em público (Fobia Social), de ser contaminado (TOC), de ganhar peso (anorexia), de ficar afastado de casa ou de pessoas próximas (Transtorno de Ansiedade de Separação), de ter uma doença grave (Hipocondria) ou de ter um ataque de pânico (Transtorno de Pânico).

Em relação às manifestações da ansiedade nas diferentes faixas de idade, o DSM IV-TR (2002) coloca que entre os adultos as preocupações mais comuns são com circunstâncias cotidianas e rotineiras como: responsabilidades no trabalho, finanças, saúde de membros da família ou questões menores como atrasos a compromissos e tarefas domésticas. As crianças e os adolescentes exibem preocupação excessiva com sua competência, como a qualidade de seu desempenho na escola e em outras atividades (esportes, artes, etc), mesmo quando não estão sendo avaliadas por ninguém. Crianças e adolescentes costumam ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando uma tendência a refazer as tarefas em razão de sua constante insatisfação decorrente de sua alta exigência. Exibem também busca de aprovação social e necessitam de constante re-asseguramento e garantias sobre seu desempenho.

Quanto às comorbidades, o referido manual diagnóstico, destaca a frequência de ocorrência do TAG associado com transtornos do humor (Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Distímico), com outros Transtornos de Ansiedade (Pânico, Fobia Social e Fobia Específica e Ansiedade de Separação) e com Transtornos Relacionados a Substâncias (Dependência e Abuso de Álcool ou Sedativos e Hipnóticos). Além disso,

outras doenças físicas associadas ao estresse, como cefaléia, dores de estômago, gastrites e síndrome do cólon irritável, freqüentemente acompanham o TAG.

## **2.2.2. Teorias sobre a ansiedade**

### 2.2.2.1. Perspectiva Psicanalítica

A ansiedade é um afeto de grande importância no surgimento da Psicanálise. Em seus primeiros trabalhos sobre a neurose histérica e outras psiconeuroses como a fobia e a obsessão, Freud (1893, 1894) vê o mecanismo do recalque da sexualidade como o responsável por gerar ansiedade no aparelho psíquico. O processo ocorria da seguinte forma: com o recalque da representação ligada a um afeto, este último permaneceria livre (desvinculado) no sistema consciente/pré-consciente, gerando ansiedade. O sintoma seria assim, o substituto simbólico das representações recalçadas e no qual o afeto livre era investido.

Em (1895 [1894]), Freud diferencia do primeiro grupo de psiconeuroses, a *neurose de angústia* e a *neurastenia*. Estes dois quadros integravam o que ele inicialmente chamou de *neuroses atuais*. Nesse tipo de neurose o componente psíquico da ansiedade (representações sexuais recalçadas) não estaria ligado às suas manifestações sintomáticas.

O estado de irritabilidade ou de “expectativa angustiada” encontrado na *neurose de angústia* era explicado por Freud (1895) pela atividade sexual insatisfatória (coito interrompido, por exemplo), que fazia com que a libido se acumulasse no aparelho psíquico sendo transformada em ansiedade. A ansiedade se manifestava através de pensamentos negativos crônicos a respeito de tudo que pudesse acontecer com o próprio indivíduo ou com seus entes queridos. Quanto às fobias encontradas na neurose de angústia, Freud diferencia as fobias da neurose obsessiva pelo fato de nas primeiras, o

afeto transposto a um objeto exterior não estar ligado a uma representação recalçada, e por isso, teria sempre a mesma tonalidade (ansiedade difusa). Neste artigo de 1895, Freud também coloca que o acúmulo de libido poderia levar a surtos momentâneos de angústia, no qual sua descarga intensa no corpo provocaria uma série de reações fisiológicas (taquicardia, dispnéia, sudorese, vertigens). Estas reações simulariam a sensação de estar à beira da morte, levando a pessoa a um estado de pânico.

A descrição feita por Freud dos sintomas da *neurose de angústia* guarda correspondência com o que hoje conhecemos por Transtorno de Ansiedade Generalizada, Síndrome do Pânico e Fobia Específica. Porém, atualmente, esta teoria sobre a etiologia da ansiedade não é mais considerada.

Freud (1926) em seu trabalho intitulado *Inibição, Sintoma e Ansiedade*, apresenta uma reformulação de suas idéias iniciais sobre a ansiedade. Agora o recalque não seria mais a causa da ansiedade, mas ao contrário, seria uma tentativa de solução para ela. A ansiedade gerada no Eu sinaliza a existência de um perigo que emana de dentro (forças instintivas do Id) e que ameaça desestabilizar o equilíbrio psíquico do indivíduo. Para gerir o conflito entre as exigências pulsionais do Id (impulsos libidinais e agressivos) e as restrições do Superego e da realidade externa, o Eu lança mão do recalque e de outros mecanismos de defesa para aliviar o aparelho psíquico da ansiedade. Dependendo das operações defensivas empregadas, as manifestações sintomáticas resultarão em um tipo específico de neurose.

Por outro lado, se a ansiedade falha em ativar os recursos defensivos do Eu, o aparelho psíquico pode ser invadido por uma quantidade de angústia tão intensa que vai além de suas capacidades de elaboração, deixando o indivíduo em um estado de *desamparo psíquico*, caracterizando uma experiência traumática. Freud (1926) liga este

estado de desamparo à prematuridade do ser humano que ao nascer, se encontra impotente para empreender uma ação interna (elaboração dos estímulos mediante o pensamento) e uma ação externa apropriada para cessar sua ansiedade. Inicialmente, a ação empreendida pelo bebê é o choro, cuja finalidade é apenas descarregar diretamente a ansiedade. Porém, quando esse choro é significado por um objeto externo que acolhe o bebê, cria-se uma relação de dependência para com este objeto que irá aos poucos se diferenciando do Eu. Assim, o fator biológico do nascimento estabelece as primeiras situações de perigo para o Eu imaturo. A situação de desamparo inicial do nascimento cria ao mesmo tempo ansiedade e necessidade de ser amado, duas facetas emocionais que nunca mais abandonarão o Homem.

Continuando nessa linha de raciocínio, Freud (1926) estipula diferentes tipos de ansiedade de acordo com a etapa de desenvolvimento psicosssexual. A ansiedade em relação ao desamparo é seguida pela *ansiedade pela perda do objeto* na primeira infância. Quando a criança ainda não atingiu o estágio da permanência do objeto, a perda da percepção do objeto é equacionada a perda do próprio objeto. A esta ansiedade segue-se a da *perda do amor do objeto*, quando a criança é capaz de entender que o objeto permanece, mas que os sentimentos dele para com ela podem mudar em decorrência de suas ações (reais ou fantasiadas). Na fase edípica (3 aos 5 anos), a *ansiedade de castração* é uma variante da ansiedade pela perda do amor. Isso porque nessa fase se acentua a percepção dos sentimentos ambivalentes da criança em relação aos genitores, especialmente o genitor do sexo oposto. O medo da criança é que o genitor do mesmo sexo poderá lhe causar algum dano físico como forma de retaliação por sua rivalidade na disputa pelo amor do genitor do sexo oposto. Com a resolução do complexo edípico, o superego se organiza pela introjeção das interdições paternas ao desejo incestuoso da criança, e passa a atuar como a instância moral da personalidade

que regula as relações sociais. No período da latência e na vida adulta predomina então, um tipo de ansiedade do Eu mais madura, que advém do conflito entre o superego e as demandas pulsionais do Id. A *ansiedade do superego* característica da adolescência e idade adulta resulta em sentimentos de culpa por não estar à altura de um padrão interno de comportamento moral.

Com base nestas idéias de Freud, outros psicanalistas que estudaram as etapas mais primitivas do desenvolvimento emocional, como Melanie Klein, Heinz Kohut e Winnicott, lançaram luz sobre as ansiedades mais precoces. Para Klein (1946) a ansiedade mais primitiva é a *ansiedade persecutória* da posição esquizo-paranóide, cuja fantasia subjacente é que os objetos externos maus irão aniquilar o Eu. Kohut (1971/2009b) e Winnicott (1958/2006) cada um a sua maneira, falam de uma *ansiedade de desintegração* que pode ter origem tanto no medo de perda do sentido e dos limites do *self*, por meio da fusão com um objeto, ou na preocupação de que o *self* irá se fragmentar e perder sua integridade na ausência do espelhamento ou de respostas idealizadas dos outros do ambiente.

O fato dos afetos ligados às pulsões humanas sempre estarem vinculados a um objeto, nos ajuda a compreender por que a ansiedade está tão relacionada aos estados depressivos do luto e da melancolia, nos quais a falta do objeto (concretamente ou de algo que o represente) é a causa do sofrimento. Tem-se assim, como conclusão que a ansiedade é entendida como um estado de alerta que coloca o Eu numa posição de constante observação do ambiente, no intuito de evitar o sofrimento, seja em decorrência de um ataque vindo de fora, seja de um abandono ou da perda da afeição. Ela é positiva, por instigar um movimento da libido em direção à realidade externa.

Porém, em níveis elevados pode distorcer a interpretação das pistas da realidade, comprometendo o estabelecimento de vínculos afetivos com o outro.

#### 2.2.2.2. Perspectiva cognitiva

Neste modelo teórico como já vimos, as atitudes disfuncionais são a ponte entre os esquemas patológicos internalizados e os pensamentos negativos automáticos. Segundo Knapp e Beck (2008), no Transtorno de Ansiedade Generalizada, os pensamentos negativos giram em torno de medos e perigos físicos ou psicológicos. Assim, esquemas disfuncionais relacionados à segurança, vulnerabilidade à ameaça, auto-estima e auto-eficácia, formam a base para compreensão dos sintomas ansiosos e depressivos.

A revisão feita por Fridman, Thase e Writh (2008) traz resultados de estudos empíricos mostrando que o estilo atribucional das pessoas deprimidas e ansiosas as predispõem ao adoecimento. Estas pessoas interpretam os eventos negativos da vida como algo que está sob o seu controle e responsabilidade (*internalização*). Isso as leva a se culparem constantemente tanto pelo que fizeram quanto pelo que deixaram de fazer. A supervalorização dos eventos negativos (*globalidade*) é outra característica cognitiva destas pessoas, que tendem a atribuir um alcance muito amplo para estes eventos. Dessa forma, os eventos negativos adquirem um caráter de durabilidade e persistência que leva o indivíduo a um estado de impotência (*estabilidade*).

Uma contribuição importante da abordagem cognitiva para o estudo das emoções foi a elaboração de instrumentos objetivos de medida. Dentre eles encontra-se o *Inventário de Prejuízos Emocionais e Sociais de Beck para Jovens* (BYI), que teve sua primeira edição publicada em 2001 (Beck, Beck, & Jolly, 2001) e atualmente conta com a publicação de sua segunda edição: os *Inventários de Beck para Jovens II* (BYI-II)

(Beck, Beck, Jolly, & Steer, 2005). O BYI-II é composto por cinco escalas: depressão (BDI-Y); ansiedade (BAI-Y); raiva (BANI-Y); comportamento disruptivo (BDBI-Y) e auto-conceito (BSCI-Y).

Em estudo de validação do BYI-II com amostras americanas, a análise fatorial dessas escalas destacou a presença de 3 fatores, a saber: *afeto negativo, sintomatologia agressiva e auto-conceito*. O primeiro fator (afeto negativo) condensa os itens relativos ao Inventário de Depressão, Ansiedade e grande parte dos itens do Inventário de Raiva. O segundo fator (sintomatologia agressiva) condensa os itens relativos ao Inventário de Comportamento Disruptivo e alguns de Raiva. Já o último fator (auto-conceito) condensa todos os itens relativos ao Inventário de Auto-Conceito. Essa análise fatorial evidencia a alta correlação entre os estados emocionais de depressão, ansiedade e raiva dando suporte empírico para as teorias aqui apresentadas.

Bose-Deakins e Floyd (2004), em uma revisão crítica sobre a validação do BYI-II, chamam a atenção para algumas limitações do instrumento e a necessidade de pesquisas futuras. Dentre as críticas destaca-se: a) o fato dos itens de cada Inventário serem agrupados em folhas separadas e nomeados negativamente (exceto os do Inventário de auto-conceito), o que poderia criar um viés no modo como as crianças respondem; b) a falta de uma análise de itens que detecte o viés cultural em grupos étnicos diferentes; c) o fato dos Inventários de Depressão, Ansiedade e Raiva aparecerem agrupados dentro de um mesmo constructo (afeto negativo) pode revelar a ocorrência concomitante destes sintomas ou ainda, que itens similares estejam incluídos em múltiplos inventários e d) a baixa validade discriminativa dos Inventários na diferenciação de crianças com problemas emocionais e comportamentais qualitativamente diferentes (ex: TDAH e transtorno de conduta ou depressão e ansiedade).

Nesse sentido, um estudo de validação da BYI-II com crianças e jovens do nordeste brasileiro vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisas em Desenvolvimento Sócio-Moral da Universidade Federal da Paraíba, sob a coordenação do Prof. Júlio Rique Neto (CNPq Proc. N° 400968/2009-6). Dados preliminares de uma amostra de 239 crianças e jovens na faixa etária de 8 a 20 anos de idade indicam os seguintes coeficientes de fidedignidade: *alpha* de 0,82 para a escala de Ansiedade e *alpha* de 0,93 para a escala de Depressão.

Medidas objetivas e válidas de aspectos emocionais são importantes para as pesquisas no campo da psicologia clínica e do desenvolvimento, pois possibilitam a verificação da prevalência na população destas alterações do humor e sua relação com outras variáveis socioculturais e que podem influenciar o desenvolvimento moral dos indivíduos.

### **2.3. Estudos empíricos sobre depressão e ansiedade**

Com relação à prevalência, estudos indicam que episódios depressivos e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tendem a ser mais comuns nas mulheres. Durante a vida as mulheres têm de 10 a 25% de chance de desenvolver um episódio depressivo maior, enquanto nos homens essa porcentagem é de 5 a 12%. Nos países desenvolvidos (EUA e Europa) essa diferença entre os gêneros é mais significativa. Este risco diferencial aumentado surge durante a adolescência e podia coincidir com o início da puberdade estando relacionado com as alterações hormonais, já que uma parcela significativa das mulheres relata piora dos sintomas depressivos no período pré-menstrual (DSM IV-TR, 2002).

Quanto à ansiedade, estima-se que no período de um ano 3 a 8% das pessoas tenham TAG. A proporção de mulheres para homens é de 2 para 1, mas quando se

considerava uma população clínica que recebeu algum tipo de tratamento hospitalar, esta proporção é de 1 para 1 (Sadock & Sadock, 2007a).

Dados epidemiológicos mundiais apontam uma baixa prevalência de transtornos do humor em pré-escolares (0,3% na população geral e 0,9% em amostras clínicas). Em crianças de idade escolar essa proporção aumenta para 2% de transtorno depressivo maior na população geral e entre adolescentes sobe para 5% (Sadock & Sadock, 2007b).

No Brasil, estudos com crianças nordestinas apontam uma prevalência de sintomas depressivos de 3% em pré-escolares (idade média de 5,6 anos) e 22% em escolares de 7 a 14 anos (Andriola & Cavalcanti, 1999; Barbosa, Dias, Gaião, & diLorenzo, 1996).

Apesar dos critérios diagnósticos para transtornos do humor serem os mesmos, independente da faixa etária, é importante reconhecer que a expressão destas perturbações varia com a idade. Tal reconhecimento torna-se fundamental na identificação precoce dos sintomas, seja por meio da observação direta por parte de cuidadores e educadores ou mesmo através de instrumentos objetivos que dependem do auto-relato do próprio sujeito.

De acordo com a revisão de Bahls (2002), em crianças até os seis anos de idade a manifestação clínica de depressão mais comum é representada por sintomas físicos, tais como dores de cabeça, abdominais, tonturas e fadiga. As queixas físicas são seguidas por ansiedade (especialmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite, alterações do sono, diminuição do prazer em brincar e ir à pré-escola e dificuldade na aquisição de habilidades sociais esperadas para a idade. Embora a ideação e as tentativas de suicídio sejam raras nessa faixa etária, o autor cita alguns estudos que destacam alguns

comportamentos autodestrutivos como: bater a cabeça severa e repetidas vezes, morder-se, engolir objetos perigosos e a propensão a acidentes, como equivalentes suicidas em crianças dessa idade.

Em crianças na idade escolar (dos 7 aos 12 anos), o humor depressivo já pode ser verbalizado e é freqüentemente relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Também podem estar presentes outros sintomas como isolamento social, baixa auto-estima, declínio no rendimento escolar, anedonia, ansiedade de separação, fobias e desejos ou fantasias de morte. Na infância de um modo geral, a depressão se torna clara através da observação dos temas das fantasias expressos nas brincadeiras e nos sonhos, onde os conteúdos predominantes são de fracasso, destruição, ferimentos, perdas ou abandono, culpa, excesso de autocritica e morte.

Na adolescência (a partir dos 12 anos) as características clínicas da depressão costumam se assemelhar às encontradas nos adultos, porém com algumas peculiaridades. Nos adolescentes, o humor não é sempre triste, predominando a irritabilidade e a instabilidade. Outras características próprias dessa idade são: o prejuízo no desempenho escolar, a baixa auto-estima, as idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas. Porém, alguns estudos citados na revisão de Bahls (2002) como os de Sadler (1991) e Baron & Campbell (1993) apontam diferenças entre os sexos com relação às manifestações depressivas. As garotas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. Além disso, elas costumam ter maior insatisfação com a aparência e menor auto-estima quando comparadas aos garotos. Os garotos relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e

apresentam mais problemas de conduta como: falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias.

Segundo a revisão do autor, crianças e adolescentes deprimidos em comparação com adultos, apresentam taxas mais altas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Os transtornos comórbidos mais comuns em adolescentes são: os transtornos de ansiedade (especialmente a ansiedade de separação), o transtorno de conduta, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos relacionados ao uso de substâncias e os transtornos alimentares.

A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em crianças e adolescentes do nordeste brasileiro, apontada em estudos anteriores (Andriola & Cavalcanti, 1999; Barbosa et al., 1996) pode ser considerada alta quando comparada à estimativas mundiais (Sadock & Sadock, 2007b). Entre crianças de idade escolar e especialmente em adolescentes, essa proporção é significativamente maior possivelmente em decorrência da maior facilidade em acessar estes sintomas através de instrumentos de auto-relato, mas também devido a outros fatores psicológicos e socioculturais envolvidos na passagem da infância para a vida adulta.

A adolescência exige a elaboração psíquica de uma série de lutos (pelo corpo, pelos pais e pela identidade infantis) importantes para seu amadurecimento afetivo. Porém, nessa trajetória, o meio social (família, comunidade) no qual o jovem está inserido exerce um papel que pode facilitar ou não para a resolução de seus conflitos, oferecendo uma rede de modelos identificatórios que irão transmitir os valores e as expectativas daquele grupo social (Levisk, 1998).

Nesse sentido, alguns estudos mostram como algumas variáveis deste contexto sociocultural estão associadas a alterações de humor em jovens, sinalizando o

sofrimento psíquico enfrentado por eles em sua trajetória para a conquista de uma identidade adulta, identidade esta que seja aceita e valorizada socialmente.

Nas sociedades contemporâneas, a escolha de uma carreira e o ingresso em uma universidade é um dos requisitos a ser cumprido pelos jovens no longo percurso rumo à independência financeira e à conquista do *status* adulto. Peluso, Savalli, Cúri, Gorenstein e Andrade (2010) realizaram um estudo longitudinal para avaliar as alterações do humor em adolescentes paulistanos, estudantes de escolas privadas, durante o período de preparação para o exame vestibular. Para tanto, utilizaram a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS-X) em três momentos ao longo de um ano (Março, Agosto e Outubro). Os resultados mostraram que os afetos negativos, em especial o medo e a hostilidade, aumentavam com a proximidade dos exames vestibulares, porém os afetos positivos se mantinham estáveis. O efeito do tempo explicava a maior parte da variância dos afetos de medo e hostilidade nos homens, mas não nas mulheres. Segundo os autores, essa diferença indicaria uma maior suscetibilidade das mulheres para estados ansiosos em resposta às demandas exigidas para o ingresso no Ensino Superior.

Souza et al. (2008) realizaram estudo epidemiológico com adolescentes de 11 a 15 anos da cidade de Pelotas - Rio Grande do Sul, e verificaram uma prevalência de 2,1% de sintomatologia depressiva nessa faixa etária. Este estudo também verificou que os principais fatores associados à depressão eram: baixa condição socioeconômica, histórico de fracasso acadêmico, ausência de prática religiosa, abuso de álcool nos últimos 30 dias e sinais de transtorno de conduta.

Jatobá e Bastos (2007) investigaram a prevalência de depressão e ansiedade em adolescentes de 14 a 16 anos matriculados em escolas públicas e particulares do Recife

– Pernambuco. Encontraram que 59,9% destes adolescentes apresentavam sintomatologia depressiva e 19,9% apresentavam também sintomas expressivos de ansiedade. Ao correlacionarem ideação ou tentativa de suicídio, tipo de escola e gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos, os autores verificaram que a ideação suicida estava associada significativamente à depressão leve ou moderada, estudo em escola pública e sintomas moderados de ansiedade. Já a tentativa de suicídio associou-se significativamente a sintomas depressivos graves, estudo em escola privada e ansiedade severa. A alta prevalência de sintomas expressivos de depressão e ansiedade foi discutida pelos autores com base no contexto social de violência e insalubridade que favoreceria o desenvolvimento de maior vulnerabilidade aos efeitos do estresse, rebaixamento da auto-estima e sentimento de impotência perante às situações da vida.

Os estudos aqui apresentados mostram que a prevalência de depressão e ansiedade pode variar de acordo com o sexo, idade e contexto sociocultural (nível socioeconômico, exposição à violência, insalubridade e negligência). No entanto, a empatia também é outra variável relevante para o desenvolvimento sócio-afetivo do indivíduo, tendo implicações importantes para sua adaptação e bem estar psicológico. Tendo como base o foco do presente estudo, será apresentada a seguir uma revisão de trabalhos que investigaram as relações entre a empatia, depressão e ansiedade.

### **3. A RELAÇÃO ENTRE EMPATIA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE**

No que diz respeito aos estudos com uma amostra não clínica com de adultos relacionando empatia com medidas de emocionalidade, Davis (1983) verificou a partir de seus resultados que os componentes empáticos de *Fantasia* e *Angústia Pessoal* e *Consideração Empática* estão relacionados de forma positiva e significativa com medidas de vulnerabilidade emocional, medo e ansiedade em ambos os sexos. Por outro lado, a associação negativa e significativa da *Tomada de Perspectiva* com estas medidas de emocionalidade, sugere ser esta uma capacidade empática que regula a intensidade emocional e favorece uma resposta verdadeiramente empática.

Outros estudos se voltaram para a investigação das capacidades empáticas utilizando amostras clínicas de adultos com diversos quadros de alterações do humor. Os resultados com estas amostras parecem confirmar algumas associações encontradas por Davis (1983), especialmente em relação à capacidade de *Tomada de Perspectiva*.

Harari et al. (2010) avaliaram a empatia em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline e verificaram que estes pacientes, quando comparados aos do grupo controle, apresentavam baixa empatia cognitiva e elevada empatia afetiva. Segundo os autores, isso explicaria as dificuldades desses pacientes na regulação das emoções, expressa pela instabilidade do humor e falha no controle da impulsividade.

Fontenelle et al. (2009) investigaram a relação entre empatia, depressão, ansiedade e o sintoma de acumulação (*hoarding*) em pacientes adultos com TOC (idade média 39 anos). Os resultados mostraram que estes pacientes apresentam maior empatia afetiva (*Consideração Empática*, *Angústia Pessoal* e *Fantasia*) do que pessoas do grupo controle, sendo que as comorbidades com depressão e ansiedade explicavam grande parte dessa associação. Quando controlados os efeitos da depressão e da ansiedade somente a capacidade empática de *Fantasia* se mostrou associada positivamente com o

sintoma de *hoarding*. Como possível interpretação para estes resultados os autores sugeriram: 1) que a *Consideração Empática* pode corresponder a um sintoma da depressão e da ansiedade nestes pacientes e 2) que o aumento da *Consideração Empática* pode constituir-se em fator de risco para depressão e ansiedade no TOC. Dessa forma, eles admitiram ainda a possibilidade da *Consideração Empática* ser considerada um *estado* em oposição a um *traço* essencial de personalidade atribuível a altos níveis de depressão e ansiedade.

Para O'Connor et al., (2007) as perspectivas teóricas que enfatizam as motivações egocêntricas dos pacientes deprimidos e ansiosos, como a psicanalítica e a cognitiva, falhariam em explicar um aspecto fundamental destes quadros: a preocupação com os outros. Para os autores tal preocupação estaria associada ao sentimento empático de culpa, principalmente à culpa existencial e onipotente. Para testar a hipótese de que tanto motivações egocêntricas quanto pró-sociais seriam relevantes para o surgimento da depressão, O'Connor, Berry, Weiss e Gilbert (2002) conduziram um estudo, no qual pacientes deprimidos hospitalizados e estudantes universitários sadios responderam instrumentos para medir variáveis como: empatia (IRI), depressão (*Beck Depression Inventory*), submissão (*Submissive Behavior Scale*), culpa (*Interpersonal Guilt Questionnaire-67*), medo (*Fear of Negative Evaluation-brief form* e *Fear of Envy Scale*) e comparação social (*Social Comparison Scale*). Os resultados confirmaram as expectativas, mostrando que os sintomas depressivos correlacionavam positiva e significativamente com: medo de avaliações negativas e da inveja alheia - refletindo o auto-centramento e preocupações com a proteção de si. Por outro lado, a depressão também se mostrou positivamente associada com: culpa existencial, responsabilidade onipotente e *Angústia Pessoal* – variáveis que, segundo os autores, refletiriam a preocupação com o outro. A análise de comparação entre as médias mostrou que em

relação à empatia, a única subescala em que os grupos diferiram foi a de *Angústia Pessoal*, na qual a pontuação dos pacientes deprimidos foi significativamente mais alta do que a dos controles. Análises de regressão foram feitas para determinar as variáveis preditoras da severidade do quadro depressivo. Na amostra clínica foi a culpa existencial a variável que melhor predizia a severidade dos sintomas, ao passo que na amostra não clínica houve uma tendência das variáveis de preocupação com a auto-proteção para predizerem a severidade dos sintomas. A conclusão dos autores é que ambas as perspectivas teóricas sobre a depressão e a ansiedade seriam válidas. As teorias que enfatizam as motivações egocêntricas parecem explicar melhor os sintomas depressivos em uma amostra não clínica, ao passo que as teorias mais centradas na culpa e na preocupação com o outro parecem mais apropriadas para entender a depressão em amostras clínicas.

Resultados divergentes quanto ao nível de empatia de pacientes deprimidos quando comparados com sujeitos do grupo controle foram encontrados em outros estudos. No estudo de Cusi et al. (2011) pacientes com histórico de pelo menos um episódio depressivo maior evidenciaram escores significativamente menores em medidas de empatia do que as pessoas do grupo controle. No *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) estas diferenças estavam nas subescalas de *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática*. Os autores consideram que os prejuízos nestas capacidades empáticas tende a piorar com a progressão da doença, e que a redução da capacidade de *Tomada de Perspectiva* contribuía para a severidade do curso da doença nesta população clínica.

Em outro estudo, Cusi et al. (2010) investigaram as capacidades empáticas em pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). O intuito foi avaliar se

o curso variável da doença e a severidade dos sintomas prediziam as respostas na escala de empatia (IRI). Além da medida de empatia os participantes responderam uma escala de ajustamento social e um questionário sobre o funcionamento social. Em comparação com os sujeitos do grupo controle, os pacientes com TAB reportaram menor empatia cognitiva (*Tomada de Perspectiva*) e níveis mais altos de *Angústia Pessoal*. No grupo clínico, o aumento da *Angústia Pessoal* e a diminuição da *Consideração Empática* mostraram correlação significativa com a redução do funcionamento social global. Porém nenhuma relação foi encontrada entre as habilidades empáticas e a gravidade dos sintomas. As conclusões deste estudo vão no mesmo sentido do anterior, indicando o papel da diminuição da *Tomada de Perspectiva* nas dificuldades de comunicação social apresentadas pelos pacientes.

Lee (2009) investigou se as capacidades empáticas atuam como mediadoras entre o neuroticismo (traço de personalidade) e a depressão (estado). A amostra utilizada foi de estudantes universitários. As análises de correlação bivariadas mostraram que a depressão correlacionou-se positiva e significativamente com as subescalas de *Fantasia*, *Angústia Pessoal* e com a escala de neuroticismo. Neuroticismo também se correlacionou positivamente com *Fantasia* e *Angústia Pessoal*, mas se correlacionou negativamente com *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática*. Dentre as subescalas do IRI, a *Tomada de Perspectiva* correlacionou-se positivamente com a *Consideração Empática*, mas negativamente com a *Angústia Pessoal*. A análise de regressão múltipla hierárquica das variáveis mostrou que a *Fantasia* atua como mediadora parcial entre neuroticismo e depressão. A *Angústia Pessoal* não foi identificada como mediadora, mas interage com neuroticismo influenciando os escores de depressão. Estes resultados sugerem que os sintomas depressivos em estudantes universitários não são apenas influenciados por uma personalidade emocionalmente

instável, mas que a tendência a imaginar as emoções de personagens fictícios também contribui para eliciar afetos negativos.

Em uma perspectiva mais voltada para o estudo do efeito de variáveis situacionais sobre a empatia, foram encontrados alguns trabalhos que ressaltaram o papel do estresse no comprometimento da utilização das capacidades empáticas.

Em um estudo longitudinal com estudantes de medicina norte-americanos Bellini e Shea (2005) investigaram as mudanças de humor e das capacidades empáticas ao longo dos três anos de residência médica. Para tanto, utilizaram um questionário sobre estados de humor (*Profile of Mood States*) e o IRI de Davis. Os resultados revelaram mudanças importantes de humor como: aumento de sintomas depressivos, de raiva, hostilidade e fadiga, e a diminuição do vigor. Com relação à empatia, os autores observaram um aumento de *Angústia Pessoal (personal distress)* e uma diminuição da *Consideração Empática*. Os autores entenderam essa oscilação como decorrência da baixa experiência para lidar com as situações de sofrimento dos pacientes, associada às altas exigências da formação médica e ao baixo suporte psicológico oferecido aos alunos.

Thomas et al. (2007) realizaram um estudo transversal com esta mesma população (residentes de medicina) correlacionando a empatia com medidas de qualidade de vida e bem estar psicológico. Os resultados mostraram uma relação inversa entre empatia e medidas de estresse no trabalho, em especial com o sintoma de despersonalização envolvido no quadro de *burnout* (atitude fria e negligente diante das demandas de ajuda). Apenas nas mulheres os sintomas depressivos mostraram-se inversamente correlacionados com ambos os domínios da empatia (cognitivo e afetivo). Os autores concluíram enfatizando o papel principal do estresse no trabalho sobre a redução das capacidades empáticas.

Porém, outros estudos como o de Lee et al. (2001) também propõem um modelo explicativo para a relação da empatia com o estresse percebido no trabalho. Neste estudo os autores investigaram a percepção de cuidadores informais de idosos a respeito de seu trabalho (estresse e risco/ameaça) e correlacionaram esta avaliação com outras variáveis ligadas aos recursos individuais (empatia, renda e nível educacional) e variáveis ligadas aos efeitos sobre o seu bem estar físico e psicológico (depressão, satisfação com a vida e saúde física). Os resultados revelaram que aqueles cuidadores com maior empatia cognitiva avaliavam a situação de cuidado como menos estressante e ameaçadora, eram menos depressivos e relatavam mais satisfação com a vida. O nível educacional e o a baixa remuneração também foram variáveis preditoras de maior depressão, insatisfação com a vida e problemas de saúde física. Por outro lado, aqueles participantes que tiveram baixa pontuação na medida de empatia cognitiva e alta em empatia afetiva, relataram mais insatisfação com a vida, mais depressão e julgavam seu trabalho mais estressante. Os autores concluíram com isso, que é a avaliação que os cuidadores fazem da situação e seus recursos pessoais (incluindo a empatia) que irão melhor predizer o estresse sentido no trabalho, mesmo quando as variáveis do contexto são levadas em conta.

De maneira geral, a revisão dos trabalhos aqui apresentados mostra resultados divergentes quando se relaciona medidas emocionais e capacidades empáticas. O que podemos sintetizar a partir dos resultados aqui apresentados é o seguinte: 1) a *Fantasia* e a *Angústia Pessoal* são positiva e fortemente relacionadas com medidas de emocionalidade negativa, tanto em amostras clínicas quanto não clínicas; 2) a relação da *Consideração Empática* com sintomas depressivos e ansiosos parece incerta, alguns estudos apontam uma relação positiva, outros negativa e outros ainda, uma ausência de relação; 3) a *Tomada de Perspectiva* parece ser a capacidade empática que mais protege

o aparelho psíquico de uma sobrecarga emocional, relacionando-se com indicadores de bem estar psicológico e ajuste social. Em todos os estudos sua relação com sintomas depressivos e ansiosos é negativa, o que reforça seu papel regulador das emoções.

No entanto, pesquisas futuras parecem necessárias para investigar estas relações, principalmente com crianças e jovens com desenvolvimento típico. Pela revisão de trabalhos apresentada nos dois primeiros capítulos dessa dissertação, nota-se a escassez de estudos envolvendo empatia e aspectos emocionais como depressão e ansiedade em uma população de crianças e jovens que apresentam um desenvolvimento dentro do esperado. Os estudos encontrados se centram mais na investigação dos transtornos de conduta considerando, sobretudo, a agressividade externalizada e suas implicações para o funcionamento social.

No que se refere à influência de variáveis situacionais sobre a empatia, pode-se considerar o início da adolescência e a juventude como um período crítico do desenvolvimento, no qual os recursos internos desenvolvidos até então, são colocados à prova na formação sócio-moral e afetiva dos jovens. Neste sentido, obter uma melhor compreensão da associação entre fatores como a empatia, e depressão e ansiedade em jovens parece relevante, sobretudo quando se considera que a ampliação desse conhecimento pode orientar trabalhos de intervenção futuros no âmbito clínico e educacional, para a promoção da saúde mental e do desenvolvimento social e moral dos jovens. Foi com vistas a uma maior compreensão de como a empatia se relaciona com a depressão e a ansiedade que a presente dissertação foi realizada.

# **4. MÉTODO**

## 4.1 Objetivo Geral

Este trabalho teve por **objetivo principal** verificar através de uma análise de Modelagem de Equações Estruturais (SEM) as associações entre a Empatia Global, Depressão e Ansiedade e como **objetivo secundário**, verificar a qualidade das relações entre os construtos da Empatia Global: *Angústia Pessoal*, *Consideração Empática*, *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva* com a Depressão e Ansiedade, através de uma análise de variância multivariada (MANOVA).

### 4.1.1. Definições Operacionais

**Empatia:** Capacidade humana que permite a um indivíduo compreender a subjetividade de outro. Trata-se de um constructo que inclui diferentes componentes, afetivos e cognitivos. Esses componentes quando associadas oferecem uma noção da habilidade empática geral do indivíduo.

***Angústia Pessoal:*** Componente afetivo da empatia. Diz respeito à sensação de desconforto pessoal mobilizada pelo sofrimento do outro e suscita maior centramento do indivíduo na própria angústia.

***Fantasia:*** Componente cognitivo da empatia que se refere à capacidade do indivíduo imaginar-se na situação de personagens de filmes e livros.

***Consideração Empática:*** Componente afetivo da empatia, definido como o tipo de reação afetiva experimentada frente a situações interpessoais mobilizadoras, mas que possibilita àquele que a experimenta discriminar as próprias vivências subjetivas das do outro e assim, poder empreender ações de ajuda que considerem as necessidades alheias.

***Tomada de Perspectiva:*** Componente cognitivo da empatia, definido como a capacidade de adotar diferentes perspectivas. Pressupõe maior descentração dos próprios pontos de vista e, portanto, depende do desenvolvimento cognitivo.

**Depressão:** Tipo de alteração no humor que envolve uma série de sinais e sintomas de ordem psíquica, fisiológica e comportamental, incluindo: humor depressivo, redução da capacidade de sentir prazer, sensação de perda de energia, alterações do sono e apetite, retraimento social e idéias ou desejo de morte.

**Ansiedade:** Tipo de alteração do humor que envolve uma série de sinais e sintomas de ordem psíquica, fisiológica e comportamental, incluindo: inquietação e preocupação excessivas a respeito de diversos eventos ou atividades da vida, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, sudorese, taquicardia, perturbações do sono.

#### **4.1.2. Expectativas**

Tendo em vista o objetivo principal deste trabalho foi verificar as associações entre Empatia Global, Depressão e Ansiedade, espera-se encontrar os seguintes resultados:

**1.** Associação positiva entre a Empatia Global e a Depressão e entre a Empatia Global e a Ansiedade.

Esta expectativa se baseia em resultados de estudos apresentados na revisão da literatura (capítulo III), indicando que indivíduos deprimidos e ansiosos mostram-se mais sensíveis ao sofrimento do outro e tendem a apresentar escores mais altos em medidas de empatia, especialmente nos componentes afetivos e cognitivos mais imaturos da mesma (Harari et al., 2010; O'Connor et al., 2002; Fontenelle et al., 2009; Lee et al., 2001).

**2.** Associação positiva entre a Depressão e a Ansiedade.

A Depressão e a Ansiedade, por sua vez, são alterações do humor fortemente associadas entre si (DSM IV-TR, 2002; CID 10; 1993). O estudo de validação do *Beck*

*Youth Inventories - II* com amostras americanas mostrou através de uma análise fatorial que os inventários de Depressão e Ansiedade formam um único fator denominado de *afetos negativos* (Beck et al., 2005).

Tendo em vista o objetivo secundário deste estudo, as expectativas quanto às relações entre cada componente da Empatia Global e os constructos Depressão e Ansiedade, espera-se que:

**3. A *Angústia Pessoal* e a *Fantasia* sejam positivamente relacionadas com a Depressão.**

Esta expectativa é sustentada por vários achados empíricos mostrando que, apesar de sensíveis ao sofrimento do outro, os indivíduos deprimidos teriam dificuldade de se descentrar de sua própria angústia e mundo de fantasias (Lee, 2009; Cusi et al., 2010; Cusi et al., 2011; Harari et al., 2010). Estes dados corroboram as teorias sobre a depressão, que sugerem uma dificuldade destes indivíduos em checarem adequadamente a realidade externa, predominando sua realidade interna (Freud, 1917 [1915]; Klein, 1940; Knapp & Beck, 2008).

**4. A *Tomada de Perspectiva* seja negativamente relacionada com a Depressão.**

A *Tomada de Perspectiva* é um componente empático que exige uma maior descentração cognitiva, permitindo ao indivíduo considerar diferentes pontos de vista em sua leitura da realidade. De acordo com as teorias psicanalíticas e cognitivas, pessoas deprimidas tendem a adotar uma visão parcial dos fatos, baseada em uma lógica pessoal, centrada em suas fantasias. Assim, apresentariam dificuldades de integrar e coordenar outros pontos de vista (Freud, 1917 [1915]; Klein, 1940; Knapp & Beck, 2008). Estudos empíricos confirmam esta suposição teórica ao mostrarem o comprometimento desta habilidade em uma amostra clínica de indivíduos depressivos. (Cusi et al., 2010; Cusi et al., 2011; Lee, 2009).

**5. A *Consideração Empática* seja negativamente relacionada com a Depressão.**

Os resultados de estudos anteriores divergem quanto à relação entre essas variáveis. Alguns destes estudos apontam uma relação positiva da *Consideração Empática* com indicadores de Depressão (Fontenelle et al., 2009; O'Connor et al., 2007) ou revelam não haver diferenças no grau de *Consideração Empática* quando comparadas uma amostra clínica e não clínica (O'Connor et al., 2002). Já outros apontam uma relação negativa entre medidas de Depressão e a *Consideração Empática* (Lee, 2009) ou revelam que pacientes deprimidos possuem um grau menor desta habilidade quando comparados a um grupo controle (Cusi et al., 2011). Assim, com base nas teorias sobre Depressão, considera-se plausível esperar uma relação negativa entre *Consideração Empática* e Depressão, tendo-se em vista as distorções cognitivas e a regressão do Eu a modos mais primitivos de funcionamento mental (regressão da libido a fase pré-genital), o que poderia prejudicar a capacidade de enxergar as necessidades do outro (Freud, 1917 [1915]; Klein, 1940; Knapp & Beck, 2008).

**6. A *Angústia Pessoal* e a *Fantasia* sejam positivamente relacionadas com a Ansiedade.**

Diferente do retraimento em si do melancólico, o ansioso com Transtorno de Ansiedade Generalizada, está mais voltado para a observação do ambiente social, preocupado com o que o outro pensa sobre ele no intuito de proteger-se dos possíveis perigos, esquivando-se de situações que julga perigosas. Nesse sentido, o indivíduo ansioso estaria mais voltado para si e não para as necessidades do outro. A teoria cognitiva aponta que assim como o depressivo, o ansioso tem dificuldade em testar suas crenças fantasiosas e automáticas, o que aumenta ainda mais seu estado de desconforto interno e favorece uma visão distorcida de si e do outro (Knapp & Beck, 2008).

**7. A *Tomada de Perspectiva* seja negativamente relacionada com a Ansiedade.**

Considerando o que já foi apontado com relação à dinâmica interna na ansiedade, esta expectativa se justifica pelos pensamentos automáticos distorcidos utilizados na leitura da realidade social e pela dificuldade de modificação das crenças patológicas. Assim, a flexibilidade cognitiva necessária para adotar diferentes perspectivas estaria prejudicada nos indivíduos ansiosos. Estudos empíricos como o de Davis (1983), também dão suporte a esta expectativa.

8. Finalmente, espera-se que a *Consideração Empática* seja positivamente relacionada com a Ansiedade.

Considera-se aqui os resultados de alguns estudos empíricos (Fontenelle et al., 2009; Davis, 1983) mostrando que a *Consideração Empática* está presente quando predominam sintomas ansiosos. Em um destes estudos tal capacidade de enxergar a dor do outro chega a ser apontada como um dos sintomas encontrados dentre pacientes com TOC (Fontenelle et al., 2009).

#### **4.2. Participantes**

Participaram deste estudo, 227 jovens voluntários, 97 do sexo masculino (42,7%) e 130 do sexo feminino (57,3%), com idade variando de 12 a 29 anos ( $M = 16,4$  e  $dp = 3,3$ ), estudantes de escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa. Esta amostra foi selecionada por conveniência, de acordo com a aceitação das escolas em colaborarem com a pesquisa, bem como dos próprios jovens e seus responsáveis.

#### **4.3. Aspectos Éticos**

Este projeto seguiu as recomendações éticas da resolução 196/96 de 10 de outubro de 1999, do Conselho Nacional de Saúde. Tanto as escolas quanto os jovens e seus responsáveis legais foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, procedimentos e possíveis riscos antes de considerarem sua participação. Após os

devidos esclarecimentos, foi obtido o consentimento formal das instituições de ensino, dos jovens e de seus pais ou responsáveis em caso de menores de 18 anos, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (anexos A, B e C).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (protocolo CEP/HULW n. 460/10) (anexo D).

#### **4.4. Instrumentos**

**Escala de Depressão de Beck para Crianças e Jovens Adolescentes, 2ª versão – BDI-II**, (Beck et al., 2005) (anexo E). Trata-se de um instrumento objetivo, auto-aplicável que avalia a frequência de sintomas relacionados à Depressão como tristeza, pensamentos negativos sobre si mesmo, sobre a vida e o futuro, sintomas físicos, etc. A escala é composta por 20 itens que devem ser respondidos em uma escala *Likert* de quatro pontos de acordo com sua frequência de ocorrência nas duas últimas semanas: 0 (nunca), 1 (às vezes), 2 (quase sempre) e 3 (sempre). O escore de depressão pode variar de 0 a 60 pontos.

**Escala de Ansiedade de Beck para Crianças e Jovens Adolescentes, 2ª versão – BAI-II**, (Beck et al., 2005) (anexo F). Trata-se de um instrumento objetivo, auto-aplicável que avalia a frequência de sintomas relacionados à Ansiedade como pensamentos, sentimentos e ativação fisiológica. A escala é composta por 20 itens que devem ser respondidos em uma escala *Likert* de quatro pontos de acordo com sua frequência de ocorrência nas duas últimas semanas: 0 (nunca), 1 (às vezes), 2 (quase sempre) e 3 (sempre). O escore de ansiedade pode variar de 0 a 60 pontos.

**Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal - EMRI** (Davis, 1983), traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Sampaio, Guimarães e Araújo

(2009) (anexo G). Trata-se de um instrumento objetivo e auto-aplicável que avalia quatro habilidades empáticas, a saber: *Tomada de Perspectiva*, *Fantasia*, *Angústia Pessoal* e *Consideração Empática*. A escala é composta por 28 itens, divididos em quatro subescalas com sete itens que avaliam as habilidades acima mencionadas. A EMRI apresenta os itens em uma escala *Likert* de cinco pontos para que o respondente indique seu grau de concordância (1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = nem discordo nem concordo, 4 = concordo parcialmente e 5 = concordo totalmente). Cada uma das dimensões avaliadas possui um escore que é dado pela somatória dos sete itens correspondentes a cada subescala, variando de 7 a 35 pontos. O escore geral de empatia é dado pela somatória dos 28 itens e varia de 28 a 140 pontos.

#### **4.5. Procedimento e Análise dos Dados**

Foram montados cadernos de aplicação com as três escalas utilizadas (BDI-II, BAI-II e EMRI) em ordem de apresentação contrabalanceada a fim de se evitar um efeito de ordem na resposta dos participantes. Na capa de cada caderno solicitava-se o preenchimento de alguns dados sócio-demográficos como data de nascimento, idade, sexo, série e escola.

Os instrumentos foram aplicados coletivamente nas salas de aula em horários previamente agendados com a Coordenação das escolas e professores. Ao início de cada aplicação, os adolescentes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, à voluntariedade da participação e à tarefa solicitada. Posteriormente, os cadernos de aplicação foram distribuídos aleatoriamente e os participantes orientados a responderem as escalas na ordem de apresentação das mesmas, com atenção e sinceridade. O tempo médio de cada aplicação foi de 20 minutos.

No que se refere à análise dos dados desta pesquisa, utilizou-se a versão 16.0 do pacote estatístico SPSS para Windows para realizar as estatísticas descritivas (tendência central e dispersão), análise do *alpha de Cronbach* para verificação da validade interna das medidas utilizadas e uma análise de variância multivariada (MANOVA). A MANOVA permite testar diferenças entre grupos com mais de uma variável dependente métrica, com base em um conjunto de variáveis independentes não-métricas que possuem um significado comum (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005).

O programa AMOS GRAFICS 16.0 foi utilizado para a análise de Modelagem de Equações Estruturais (SEM) com o objetivo de verificar o ajuste do modelo teórico proposto neste trabalho (expectativas 1 e 2, p. 95)

Indicadores estatísticos para o Modelo de Equações Estruturais (SEM), efetuados no AMOS GRAFICS 16.0, foram considerados segundo uma bondade de ajuste subjetiva:

- O  $\chi^2$  (qui-quadrado) testa a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados; quanto maior este valor pior o ajustamento. Este tem sido pouco empregado na literatura, sendo mais comum considerar sua razão em relação aos graus de liberdade ( $\chi^2/g.l.$ ). Neste caso, valores até 5 indicam um ajustamento adequado;

- Root Mean Square Residual (RMR), que indica o ajustamento do modelo teórico aos dados, na medida em que a diferença entre os dois se aproxima de zero. Para o modelo ser considerado bem ajustado, o valor deve ser menor que 0,05;

- O Goodness-of-Fit Index (GFI) e o Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) são análogos ao  $R^2$  em regressão múltipla. Portanto, indicam a proporção de variância-covariância nos dados explicada pelo modelo. Estes variam de 0 a 1, com valores na casa dos 0,80 e 0,90, ou superior, indicando um ajustamento satisfatório (Hair et al., 2005);

- A Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), com seu intervalo de confiança de 90%, é considerado um indicador de “maldade” de ajuste, isto é, valores altos indicam um modelo não ajustado. Assume-se como ideal que o RMSEA se situe entre 0,05 e 0,08, aceitando-se valores de até 0,10 (Hair et al., 2005);

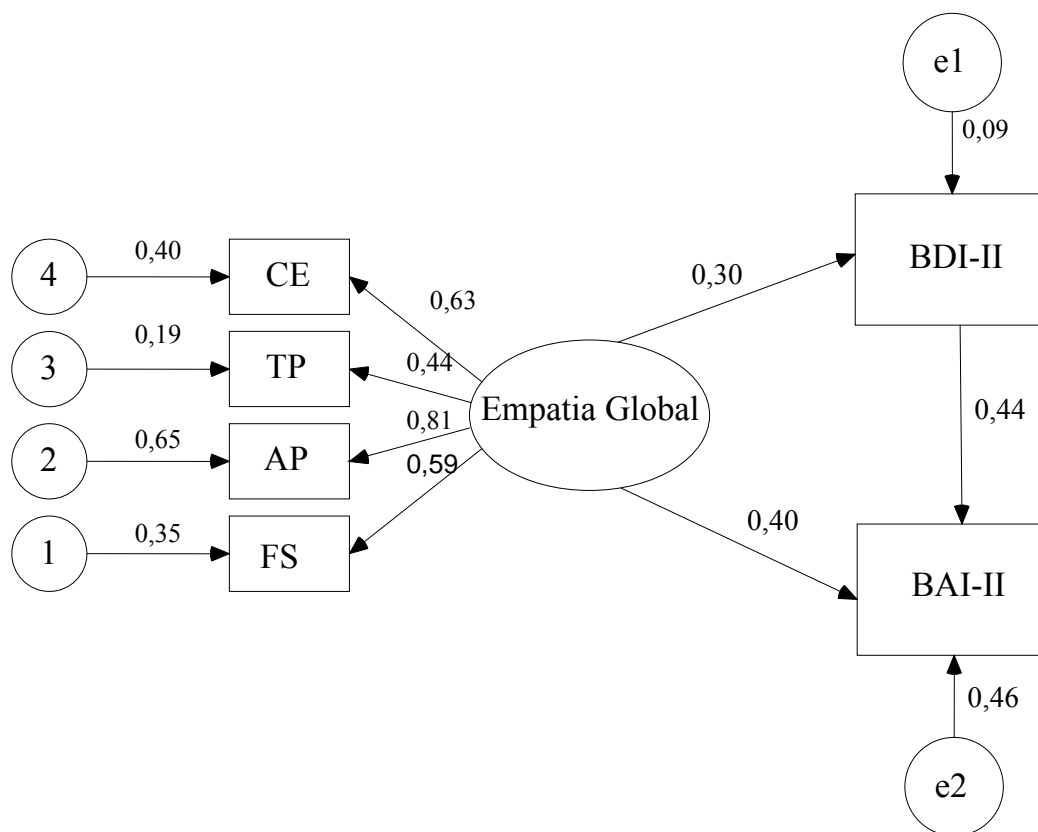
- O Comparative Fit Index (CFI) - compara de forma geral o modelo estimado e o modelo nulo, considerando valores mais próximos de 1,0 como indicadores de ajustamento satisfatório (Hair et al., 2005).

# **5. RESULTADOS**

Primeiramente foram realizadas análises de fidedignidade (*alpha de Cronbach*) para todos os instrumentos utilizados. As escalas de Depressão (BDI-II) e Ansiedade (BAI-II) obtiveram, respectivamente, os coeficientes de 0,89 e 0,78. Na escala de Empatia (EMRI) o valor do *alpha* foi 0,84 e nas suas subescalas os coeficientes foram: 0,61 para *Fantasia*; 0,65 para *Angústia Pessoal*; 0,61 em *Tomada de Perspectiva* e 0,83 em *Consideração Empática*.

Considerando que o presente estudo pretendeu verificar a associação da Empatia Global com a Depressão e a Ansiedade, procedeu-se uma análise por modelagem de equação estrutural para verificação, empírica e teórica, do modelo hipotetizado (conforme expectativas 1 e 2, p. 97). Para isso, considerou-se um modelo recursivo de equações estruturais efetuando-se o cálculo no programa AMOS 16.0.

Na figura 1, com as devidas modificações nos ajustes de erro, encontrou-se um modelo adequado, onde a Empatia Global apresentou associação positiva com a Depressão ( $\lambda = 0,30$ ) e com a Ansiedade ( $\lambda = 0,40$ ). A Depressão e a Ansiedade também apresentaram uma associação positiva entre si ( $\lambda = 0,44$ ). Este modelo apresentou a seguinte razão estatística:  $\chi^2/gf = 1,13$ ; GFI = 0,99; AGFI = 0,97; CFI = 1,00, RMSEA = 0,02 (0,00-0,08).



**Nota:** CE = *Consideração Empática*; TP = *Tomada de Perspectiva*; AP = *Angústia Pessoal*; FS = *Fantasia*; BDI-II = *Depressão* ; BAI-II = *Ansiedade*.

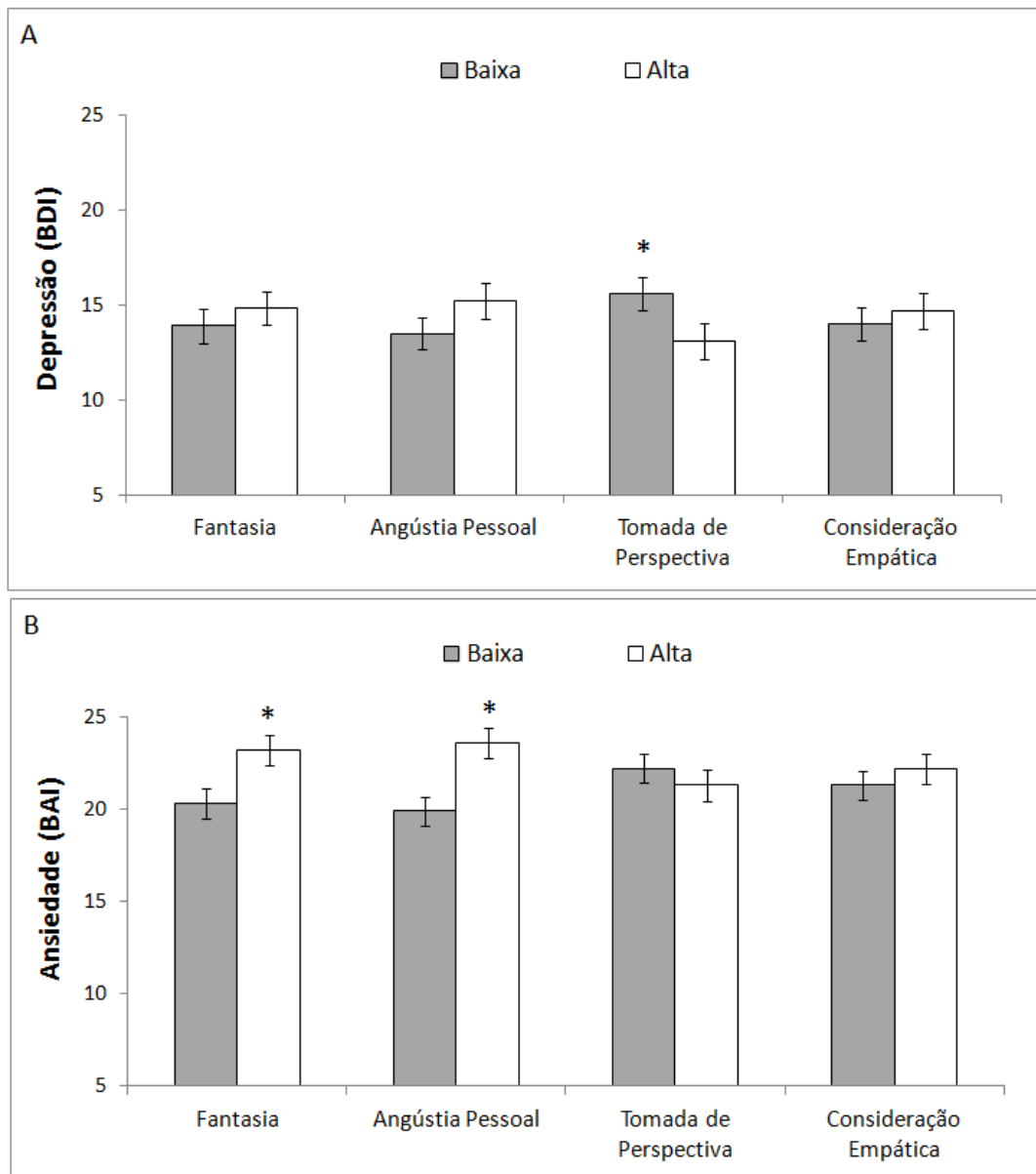
**Figura 1.** Modelo Teórico da Associação entre Empatia Global, Depressão e Ansiedade em jovens paraibanos.

Por fim, para verificar as hipóteses relativas à relação entre as capacidades empáticas com a Depressão e a Ansiedade, foi realizada uma análise de variância multivariada (MANOVA) considerando-se os escores de Depressão (BDI-II) e Ansiedade (BAI-II) como variáveis dependentes e o nível de intensidade nas quatro medidas de empatia (*Angústia Pessoal*, *Consideração Empática*, *Tomada de Perspectiva* e *Fantasia*) como variáveis independentes. Para isso, os valores das medianas nas quatro subescalas foram usados como critério para subdividir a amostra do estudo em dois subgrupos compostos por aqueles participantes que obtiveram escores acima ou abaixo da mediana nas subescalas de empatia.

Os resultados da MANOVA mostraram um efeito estatisticamente significativo da intensidade nas escalas de *Tomada de Perspectiva* com a Depressão [ $F_{1, 15} = 3,934$ ;  $p = 0,049$ ]. Este resultado indicou que o grupo com menor capacidade de *Tomada de Perspectiva* ( $M = 22,9$ ;  $dp = 3,0$ ) apresentou maiores escores de Depressão ( $M = 15,7$   $dp = 0,88$ ), quando comparado aos escores de Depressão ( $M = 13,1$ ;  $dp = 0,93$ ) do grupo que obteve maior capacidade de *Tomada de Perspectiva* ( $M = 29,7$ ;  $dp = 2,29$ ) (Figura 2A).

Verificou-se também uma diferença significativa nas intensidades de *Fantasia* [ $F_{1, 15} = 5,932$ ;  $p = 0,016$ ] e *Angústia Pessoal* [ $F_{1, 15} = 9,902$ ;  $p = 0,002$ ] com a Ansiedade. Esse resultado indicou que o grupo com maior intensidade de *Fantasia* ( $M = 27,30$ ;  $dp = 3,18$ ) apresentou maior Ansiedade ( $M = 23,20$ ;  $dp = 0,79$ ) em comparação com os escores de Ansiedade ( $M = 20,38$ ;  $dp = 0,84$ ) do grupo com menor intensidade de *Fantasia* ( $M = 19,07$ ;  $dp = 3,18$ ). De forma similar, o grupo com maior intensidade de *Angústia Pessoal* ( $M = 28,08$ ;  $dp = 2,69$ ), apresentou maior Ansiedade ( $M = 23,61$ ;  $dp = 0,85$ ) em comparação com os escores de Ansiedade ( $M = 19,97$ ;  $dp = 0,78$ ) do grupo com menor intensidade de *Angústia Pessoal* ( $M = 20,28$ ;  $dp = 3,0$ ) (Figura 2B).

Em resumo, esses resultados indicam que quanto menor a habilidade de *Tomada de Perspectiva* maior é a chance da pessoa experienciar estados de Depressão. Por outro lado, a Ansiedade está relacionada a maiores habilidades de *Fantasia* e de *Angústia Pessoal*.

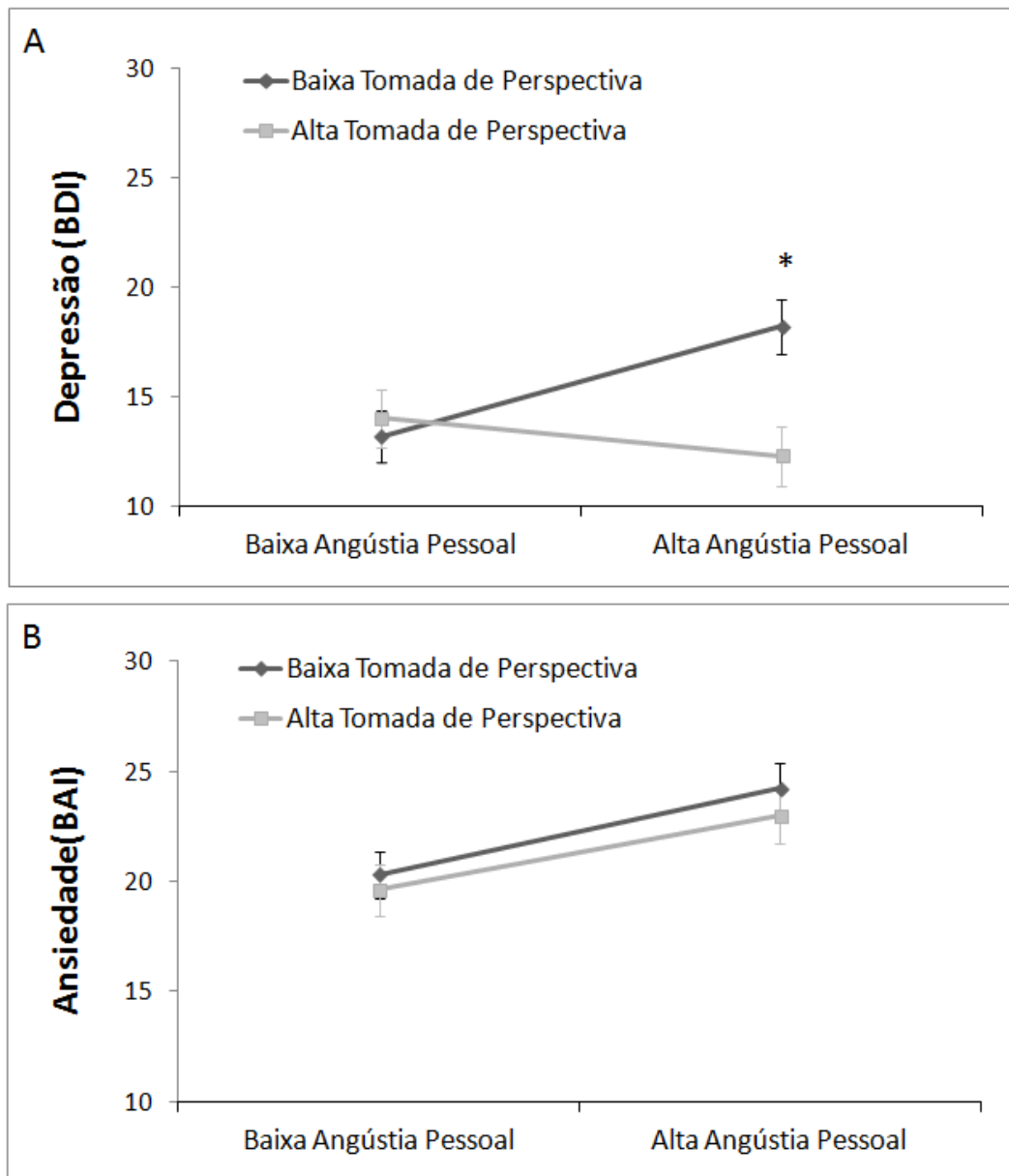


**Figura 2.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Fantasia*, *Angústia Pessoal*, *Tomada de Perspectiva* e *Consideração Empática*.

\*  $p < 0,05$  – alta comparada com baixa *Tomada de Perspectiva*, *Fantasia* e *Angústia Pessoal*.

A análise mostrou também interações estatisticamente significativas entre: *Angústia Pessoal* x *Tomada de Perspectiva* x Depressão [ $F_{1,15} = 6,879$ ;  $p = 0,009$ ]; *Fantasia* x *Consideração Empática* x Ansiedade [ $F_{1,15} = 7,016$ ;  $p = 0,009$ ] e *Fantasia* x *Tomada de Perspectiva* x Ansiedade [ $F_{1,15} = 4,003$ ;  $p = 0,047$ ].

Com o objetivo de identificar as relações indicadas pelas interações foi realizada uma análise *post hoc*, utilizando o Teste de Scheffé. A análise da interação entre *Angústia Pessoal* x *Tomada de Perspectiva* x *Depressão* mostrou que os participantes com alta *Angústia Pessoal* ( $M = 28,1$ ;  $dp = 2,69$ ) e baixa *Tomada de Perspectiva* ( $M = 22,9$ ;  $dp = 3,02$ ) obtiveram escores mais elevados de *Depressão* ( $M = 18,2$ ;  $dp = 1,30$ ) quando comparados aos escores de *Depressão* ( $M = 12,27$ ;  $dp = 1,37$ ) dos participantes com alta *Angústia Pessoal* ( $M = 28,1$ ;  $dp = 2,69$ ) e alta *Tomada de Perspectiva* ( $M = 29,7$ ;  $dp = 2,30$ ) (Figura 3A). Não foi observada uma interação estatisticamente significativa entre os fatores *Angústia Pessoal* x *Tomada de Perspectiva* x *Ansiedade* (Figura 3B).

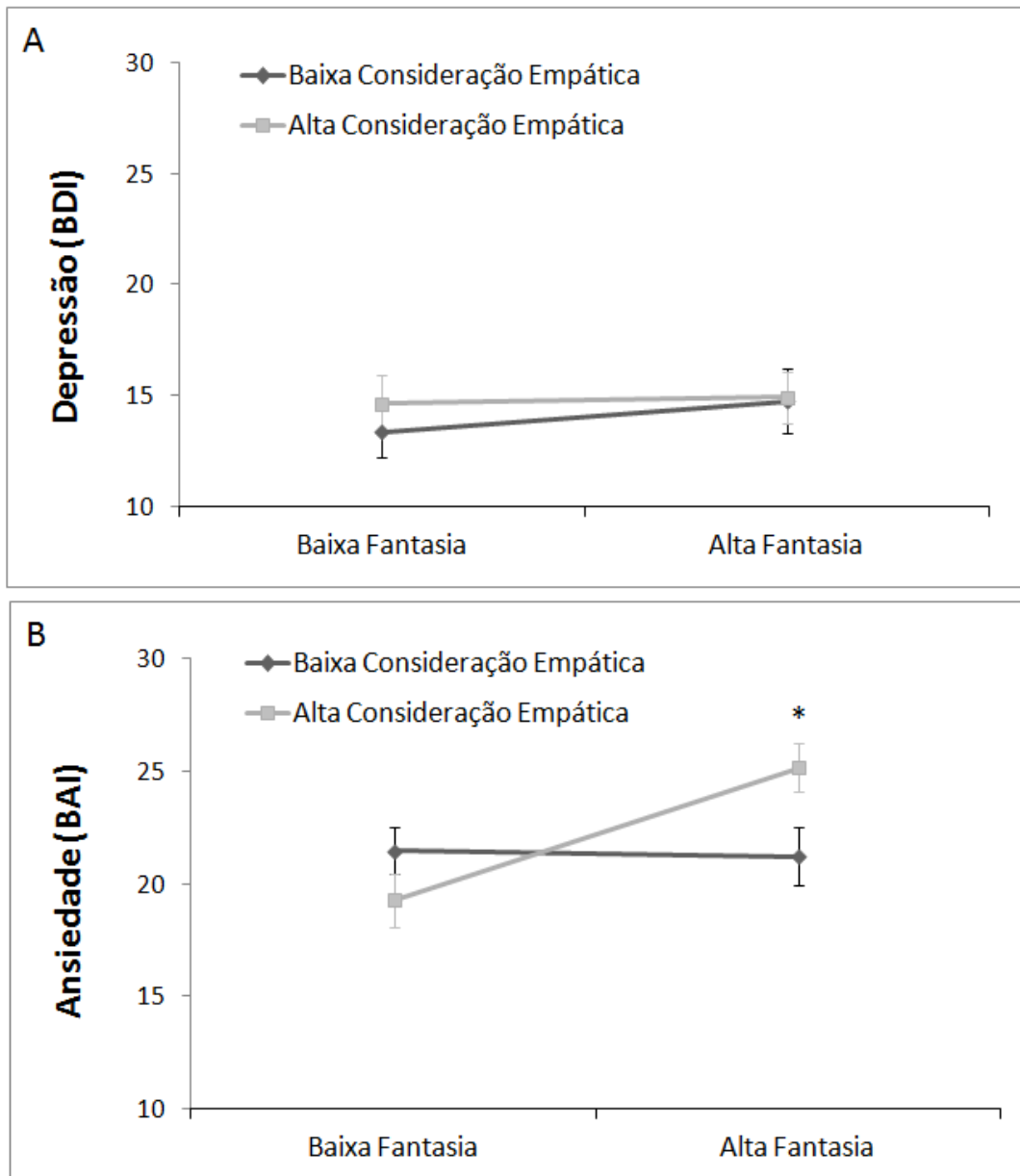


**Figura 3.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Tomada de Perspectiva* e *Angústia Pessoal*.

\*  $p < 0,05$  - alta *Tomada de Perspectiva* comparado com baixa *Tomada de Perspectiva* no grupo com alta *Angústia Pessoal*.

A análise *post hoc* da interação *Fantasia* x *Consideração Empática* x Ansiedade mostrou que os participantes com alta *Fantasia* ( $M = 27,3$ ;  $dp = 2,56$ ) e alta *Consideração Empática* ( $M = 31,65$ ;  $dp = 3,73$ ) apresentaram escores mais elevados de Ansiedade ( $M = 25,17$ ;  $dp = 1,05$ ) quando comparados aos escores de Ansiedade ( $M =$

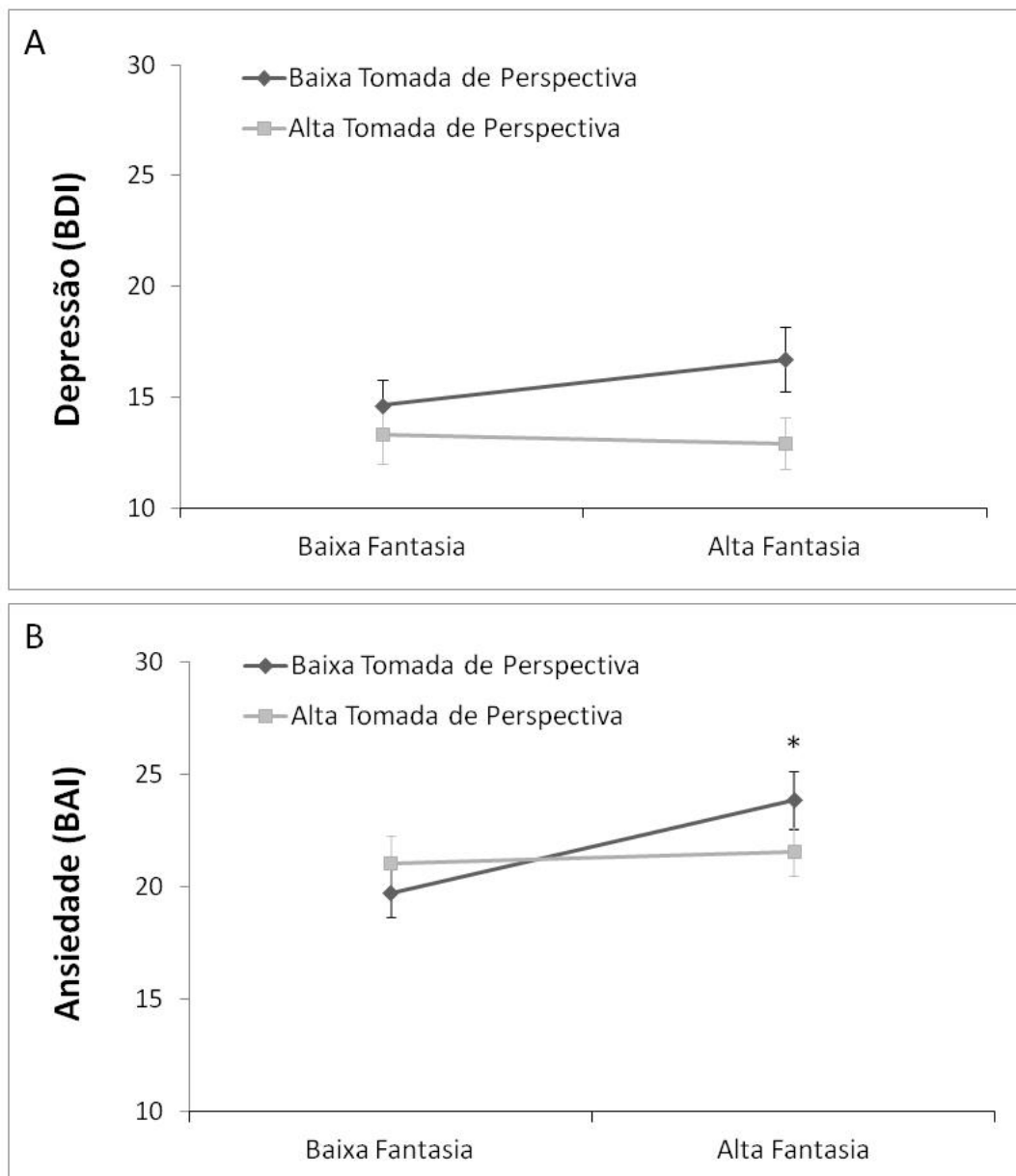
21,23;  $dp = 1,18$ ) dos participantes com alta *Fantasia* ( $M = 27,3$ ;  $dp = 2,56$ ) e baixa *Consideração Empática* ( $M = 23,79$ ,  $dp = 3,70$ ) (Figura 4A). Não foi observada uma interação estatisticamente significativa entre os fatores *Fantasia* x *Consideração Empática* x Depressão (Figura 4B).



**Figura 4.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Fantasia* e *Consideração Empática*.

\*  $p < 0,05$  - alta *Consideração Empática* comparado com baixa *Consideração Empática* no grupo com alta *Fantasia*.

Por fim, a análise *post hoc* da interação *Fantasia* x *Tomada de Perspectiva* x Ansiedade mostrou que os participantes com alta *Fantasia* ( $M = 27,30$ ;  $dp = 2,56$ ) e baixa *Tomada de Perspectiva* ( $M = 22,90$ ;  $dp = 3,0$ ) apresentaram escores mais elevados de Ansiedade ( $M = 24,84$ ;  $dp = 1,09$ ) quando comparados aos escores de Ansiedade ( $M = 21,55$ ;  $dp = 1,14$ ) dos participantes com alta *Fantasia* ( $M = 27,30$ ;  $dp = 2,56$ ) e alta *Tomada de Perspectiva* ( $M = 29,72$ ,  $dp = 2,29$ ) (Figura 5A). Não foi observada uma interação estatisticamente significativa entre os fatores *Fantasia* x *Tomada de Perspectiva* x Depressão (Figura 5B).



**Figura 5.** Médias e erros-padrão nos inventários de Depressão (A) e Ansiedade (B) obtidos pelos grupos de participantes com alta e baixa *Fantasia* e *Tomada de Perspectiva*.

\*  $p < 0,05$  - baixa *Tomada de Perspectiva* comparado com alta *Tomada de Perspectiva* no grupo com alta *Fantasia*.

# **6. DISCUSSÃO**

O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre Empatia, Depressão e Ansiedade em jovens. A fim de verificar a confiabilidade dos instrumentos utilizados para medir tais constructos, realizou-se primeiramente a análise da consistência interna das escalas através do *alpha de Cronbach*. A análise dos dados mostrou que os instrumentos utilizados para medir a depressão e a ansiedade apresentaram coeficientes de consistência interna tão bons quanto os reportados no estudo original de Beck et al. (2005) e as análises preliminares do estudo de validação brasileiro, conduzido por Rique, ainda não publicado. Este indicador de validade interna sugere que a versão traduzida destes instrumentos é confiável para ser utilizada em pesquisas que visem mensurar tais indicadores de depressão e ansiedade na população geral de jovens. No entanto, vale ressaltar que para sua utilização com fins diagnósticos, em pesquisas clínicas, novos estudos de validação fazem-se necessários para verificação da adequação das escalas.

A escala de empatia também apresentou um bom indicador de validade interna. Com relação às subescalas de empatia, os coeficientes de consistência interna foram satisfatórios quando comparados com os estudos brasileiros de Koller et al. (2001); Sampaio (2007); Galvão (2010) e Sampaio et al.(2011). Porém, se comparados ao estudo original de Davis (1983), a maior parte destes coeficientes pode ser considerada baixa, mas segundo a literatura psicométrica, ainda estariam dentro dos limites aceitáveis - entre 0,60 e 0,70 (Hair et al., 2005). Tais resultados, além de constituírem um indicador da validade interna dos instrumentos utilizados, dão suporte e confiabilidade para as análises principais apresentadas a seguir e para as conclusões deste estudo.

A análise de modelagem de equações estruturais realizada para verificar a associação entre as variáveis estudadas comprovou o modelo teórico proposto, apresentando indicadores psicométricos da estrutura empírico-teórica aceitos na literatura sobre o tema (Joreskög & Sörbom, 1989; Hair et al., 2005).

Na análise do modelo teórico, a associação positiva encontrada entre Depressão e Ansiedade com o nível de Empatia Global dá suporte empírico para o que Hoffman (2007) já havia sugerido: que a alta sensibilidade ao sofrimento do outro pode levar ao adoecimento pelo excesso de *compaixão*. Outros estudos empíricos também confirmaram esta relação (O'Connor et al., 2002; O'Connor et al., 2007; Fontenelle et al., 2009), o que nos permite afirmar que a elevada empatia pode predispor os indivíduos a desenvolverem depressão e ansiedade em algum momento da vida.

Tal predisposição para o adoecimento provavelmente advém do que Hoffman (2007) chamou de *sobrecarga empática*, ou seja, um aumento insuportável de angústia empática que pode levar o indivíduo a perder, completa ou parcialmente, sua capacidade de enxergar as necessidades do outro e de agir pró - socialmente. Dentre as características psicológicas que favorecem a sobrecarga empática, o autor coloca a dificuldade destes indivíduos para regularem suas emoções através de estratégias cognitivas mais maduras, como o *role-taking combinado*, que pressupõe maior descentração cognitiva. Como alternativa estes indivíduos utilizariam estratégias de ajuda mais egocêntricas e, portanto, menos efetivas para o alívio de seu sofrimento e do outro (*role-taking autocentrado*, afastamento das situações sociais ansiogênicas, por exemplo). Tais estratégias acabariam alimentando ainda mais os sintomas depressivos e ansiosos, principalmente se a *angústia simpática* (preocupação genuína com o outro) estiver presente.

Com relação à associação positiva entre Depressão e Ansiedade, este resultado vai ao encontro dos dados da literatura que apontam a alta co-morbidade clínica entre transtornos depressivos e ansiosos (CID 10, 1993; DSM IV-TR, 2002; Kaplan & Kaplan, 2007; Fontenelle et al., 2009) e dá suporte empírico para as teorias sobre depressão e ansiedade apresentadas no capítulo II (Freud, 1917 [1915], 1926; Klein, 1940, 1946; Knapp & Beck, 2008). De acordo com a fundamentação teórica psicanalítica, depreendemos que a ansiedade é um afeto constitutivo do aparelho psíquico, ligado à pulsionalidade humana. Por isso não se extingue, mas se modifica qualitativamente de acordo com o grau de amadurecimento egóico. Enquanto um sinal de alerta do Ego, a ansiedade estará presente em qualquer tipo de sofrimento mental. Nos quadros psicóticos, estarão presentes ansiedades mais primitivas, como a *ansiedade persecutória*, enquanto nos quadros neuróticos espera-se o predomínio de ansiedades próprias de um Ego mais maduro, que reconhece a alteridade, como a *ansiedade moral*, advinda da ambivalência afetiva e da culpa por ter causado dano aos objetos externos (Freud, 1926; Klein, 1946).

Nesse sentido, podemos entender que a ansiedade é um componente que estará presente em graus variáveis na depressão. Dependendo dos recursos utilizados pelo Ego para manejar a ansiedade experimentada, podemos ter um quadro depressivo com características de um funcionamento mental mais primitivo - como na melancolia - no qual falha a capacidade de diferenciação eu-outro, predominando a realidade interna sobre a externa, ou um quadro próximo do luto normal, no qual o pensamento, o contato com a realidade e a auto-estima se mantêm mais preservados (Freud, 1917 [1915]; Klein, 1940). Por outro lado, aspectos depressivos também podem ser encontrados em diferentes quadros ansiosos (TAG, TOC, Fobia Social, por exemplo). Esta associação pode ser entendida a partir da dinâmica defensiva utilizada pelo Ego para lidar com o

conflito entre as demais instâncias (Id e Superego) e a realidade externa. Os sentimentos depressivos de impotência e de culpa surgem quando falham as tentativas de controle do Ego sobre o ambiente e, principalmente, sobre os próprios impulsos (sexuais e agressivos), fazendo com que o indivíduo ansioso tenha que elaborar o luto pela perda de uma imagem idealizada de si mesmo (Freud, 1917 [1915]; Klein, 1940).

Na perspectiva cognitiva, a dinâmica interna dos quadros de ansiedade e depressão é muito similar. Sentimentos depressivos e ansiosos são explicados a partir de esquemas patológicos internalizados e pensamentos automáticos de cunho negativo em relação a si, ao futuro e ao mundo. Isto contribui para que estes indivíduos depressivos e ansiosos tenham um estilo de atribuição causal parecido, no qual tendem a acreditar que possuem o controle e a responsabilidade para com os eventos negativos da vida, desconsiderando outras perspectivas em sua leitura da realidade (Knapp & Beck, 2008; Fridman et al. (2008). Tal similaridade é confirmada por estudos de validação dos *Inventários de Beck para Jovens* (BYI-II), nos quais a síndrome depressiva e a síndrome ansiosa estão tão relacionadas que não se diferenciam muito bem, sendo agrupadas em um único fator, denominado *afetos negativos* (Beck et al., 2005). Este é um aspecto que limita a utilização das escalas como únicos instrumentos utilizados na prática clínica diagnóstica, chamando atenção para a importância de se olhar o diagnóstico como um processo mais amplo e para a necessidade de mais estudos com o instrumento (Bose-Deakins & Floyd, 2004). Porém, em estudos científicos como este, conduzidos sem esta finalidade, este é um instrumento útil para se avaliar a relação destes aspectos emocionais com outras variáveis ligadas ao desenvolvimento sócio-emocional.

Considerando que uma das questões deste trabalho foi saber quais capacidades empáticas poderiam regular os custos emocionais da empatia e favorecer o desenvolvimento sócio-moral de jovens, procedeu-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para se verificar as interações entre as capacidades empáticas e os sintomas de depressão e ansiedade. Os resultados indicaram que houve diferença entre os grupos de participantes que obtiveram altos e baixos escores nas subescalas de *Fantasia* e *Angústia Pessoal* com relação aos escores de Ansiedade, mas não de Depressão. Nesse caso, os indivíduos com alta *Fantasia* e *Angústia Pessoal* tenderam a apresentar mais sintomas ansiosos. Por sua vez, os grupos com alta e baixa *Tomada de Perspectiva* apenas se diferenciaram com relação aos escores de Depressão. Os indivíduos com baixa *Tomada de Perspectiva* tenderam a apresentar mais sintomas depressivos. Estes resultados mostram que a alta capacidade de projetar-se imaginariamente na situação de personagens fictícios e a acentuação do sentimento de desconforto no *self* podem influenciar o aumento dos sintomas ansiosos, confirmando as expectativas iniciais de uma relação positiva da Ansiedade com a *Fantasia* e a *Angústia Pessoal*. Já o componente depressivo parece ser favorecido pela baixa capacidade de se colocar no lugar do outro e considerar alternativas de ajuda embasadas na realidade, confirmando a expectativa de uma relação negativa entre *Tomada de Perspectiva* e Depressão.

Os efeitos de interação encontrados na MANOVA mostraram que a *Fantasia* interage com a *Consideração Empática* afetando os escores de Ansiedade. No caso, indivíduos com alta *Fantasia* e alta *Consideração Empática* tendem a apresentar escores mais elevados de Ansiedade do que aqueles que apresentam alta *Fantasia* e baixa *Consideração Empática*. Este resultado corrobora parcialmente a expectativa inicial de relação positiva entre *Consideração Empática* e Ansiedade, pois a

*Consideração Empática* só parece afetar os escores de Ansiedade quando mediada pela *Fantasia*. Assim, depreendemos deste resultado que quando a capacidade imaginativa a respeito da situação de personagens fictícios se faz acompanhar da preocupação em aliviar o sofrimento do outro, a Ansiedade é maior. Isso talvez se dê pelo fato da *Consideração Empática* falar da tentativa do indivíduo de sair de seu egocentrismo, permitindo-lhe vislumbrar a subjetividade alheia e sentir-se impelido a ajudar. Se o ímpeto para agir pró-socialmente não se realizar ou for ineficaz, a *Consideração Empática* permanecerá e acentuará a Ansiedade. Em alguns indivíduos a Ansiedade se soma à culpa pela inércia ou ineficácia, podendo levar o indivíduo a experienciar concomitantemente sintomas depressivos. Outros estudos, utilizando métodos diferentes, também apontaram a relação positiva das habilidades de *Fantasia*, *Angústia Pessoal* e *Consideração Empática* com medidas de Ansiedade e Depressão (Davis, 1983; Fontenelle et al., 2009; Lee, 2009; O'Connor et al., 2002; O'Connor et al., 2007), mostrando que estas capacidades empáticas podem estar positivamente relacionadas com a Depressão devido à associação entre esses quadros.

As expectativas iniciais de que a *Tomada de Perspectiva* se relacionaria negativamente tanto com a Ansiedade quanto com a Depressão puderam ser confirmadas parcialmente por outras interações observadas, uma vez que o efeito da *Tomada de Perspectiva* sobre os escores de depressão e ansiedade parece ter sido mediado pela *Fantasia*, *Angústia Pessoal* e *Consideração Empática*. Com relação à Ansiedade, observou-se que o grupo com alta *Fantasia* e baixa capacidade de *Tomada de Perspectiva* apresentou mais sintomas ansiosos do que o grupo com alta *Fantasia* e alta *Tomada de Perspectiva*. Pelos resultados encontrados, vemos que estados ansiosos têm uma relação positiva com o aumento nas dimensões afetivas da empatia (*Angústia Pessoal* e *Consideração Empática*) e na *Fantasia*. Porém, a intensidade dos sintomas

ansiosos parece ser regulada por duas vias: uma afetiva, pela diminuição na intensidade da *Consideração Empática*, e outra cognitiva, pela maior utilização da habilidade de ponderar diferentes pontos de vista (*Tomada de Perspectiva*). Essas observações corroboram a teoria de Hoffman (2007) sobre a predisposição psicológica para a sobrecarga empática, ao mostrar que a utilização de estratégias cognitivas mais maduras pode regular os custos emocionais gerados pelo excesso de compaixão.

Outro efeito de interação observado foi o da *Tomada de Perspectiva* com a *Angústia Pessoal* afetando os escores de Depressão. O grupo com alta *Angústia Pessoal* e baixa *Tomada de Perspectiva* relatou mais sintomas depressivos do que o grupo com alta *Angústia Pessoal* e alta *Tomada de Perspectiva*. Este resultado vai ao encontro de outros achados empíricos com amostras clínicas (Cusi et al., 2010; Cusi et al., 2011) e não clínicas (Davis, 1983; Lee, 2009), mostrando a importância da *Tomada de Perspectiva* na regulação afetiva e no funcionamento social dos indivíduos.

Considerando a associação entre a Depressão e a Ansiedade, podemos pensar que os participantes deste estudo teriam dificuldades em regular suas emoções por conta do excesso de vida imaginativa, desconforto pessoal frente a situações sociais mobilizadoras (reais e imaginadas) e, principalmente, pela baixa capacidade de descentração cognitiva para se colocar no lugar do outro em situações reais do cotidiano.

No que se refere aos aspectos sócio-morais, os resultados aqui apresentados nos permitem concluir que a ansiedade experimentada pelos participantes deste estudo tem um cunho moral, pois é intensificada pelo aumento da *Consideração Empática*, o que mostra sensibilidade e preocupação com o outro. Porém, existe a possibilidade desta ansiedade moral não ser canalizada adequadamente para comportamentos altruístas

devido ao comprometimento da *Tomada de Perspectiva*. Segundo o modelo teórico testado por Eisenberg et al., 2001 a *Tomada de Perspectiva* é importante para prever o raciocínio moral pró-social e a *Consideração Empática*. Esta última por sua vez, poderá associar-se diretamente a comportamentos pró-sociais ou por intermédio do raciocínio moral. Desta forma, os resultados do presente estudo não nos permitem prever o comportamento dos participantes desta pesquisa, mas permite afirmar que eles apresentam recursos afetivos importantes para seu desenvolvimento sócio-moral e que um melhor desenvolvimento da componente empático de *Tomada de Perspectiva* poderá favorecer seu bem estar psicossocial.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para concluir este trabalho, foram feitas algumas reflexões finais a partir da apresentação e discussão dos resultados. A seguir será apresentada uma síntese dos principais resultados e suas implicações para a saúde mental e a educação moral dos jovens. Também serão destacadas algumas considerações sobre as limitações do estudo e perspectivas de futuros trabalhos.

Em linhas gerais, os resultados deste estudo mostraram que a empatia elevada predispõe os jovens a experimentarem afetos negativos como ansiedade e depressão. No entanto, algumas habilidades como a *Consideração Empática* e a *Tomada de Perspectiva* se revelaram importantes na regulação dos custos emocionais da empatia. Enquanto a intensidade dos sintomas ansiosos foi regulada pela diminuição da *Consideração Empática* e pelo aumento da *Tomada de Perspectiva*, a intensidade da Depressão foi regulada pelo aumento da *Tomada de Perspectiva*. Tais resultados trazem implicações teóricas no campo da Psicopatologia e da Moralidade, chamando a atenção para as relações existentes entre capacidades empáticas e saúde mental. Isso nos leva a refletir sobre a necessidade de um olhar mais abrangente sobre processo de adoecimento, olhar este que considere os aspectos sociais e morais envolvidos. Entendemos que dificuldades metodológicas inviabilizam a realização de estudos que abarquem todos os fatores envolvidos no processo de desenvolvimento. Porém, sabemos que outros aspectos micro e macro sociais, não investigados nesta pesquisa, também exercem influência sobre a saúde mental e sobre o desenvolvimento moral. Nesse sentido, outros estudos poderão enriquecer nosso conhecimento a respeito destas questões, investigando a influência destes aspectos sociais mais amplos.

No que se refere às implicações práticas, o presente trabalho pode auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção no campo da saúde e da educação moral. Os

resultados sugerem que tais estratégias devem focar, sobretudo, o melhor desenvolvimento da habilidade de *Tomada de Perspectiva*. Este objetivo pode ser alcançado mediante o emprego de várias técnicas grupais (Psicodrama, Grupos Operativos, Oficinas) que promovam a reflexão sobre as experiências emocionais vividas no cotidiano das relações interpessoais, intra e extra grupo. No processo grupal os conflitos que surgem em decorrência de diferentes posições subjetivas adotadas pelos membros, servem como material para se trabalhar questões morais que influenciam o bem estar psicológico, como: o respeito às diferenças, o dilema entre as necessidades sociais *versus* individuais, a importância de se refletir sobre as regras e normas estabelecidas socialmente, a consideração pelo bem estar comum, dentre outras. Assim, ainda que muitos grupos tenham uma finalidade explicitamente terapêutica, ao trabalharem a empatia, especialmente o fortalecimento da capacidade de *Tomada de Perspectiva*, eles podem trazer benefícios também para o desenvolvimento sócio-moral dos jovens. Nessa direção, uma questão interessante a ser investigada seria o quanto grupos terapêuticos com estes jovens poderiam contribuir para a melhor utilização de suas habilidades empáticas?

Para finalizar, gostaríamos de destacar algumas limitações deste estudo que possam servir para subsidiar pesquisas futuras. Uma delas é em relação à amostra, composta em sua maioria por adolescentes de João Pessoa, com média de idade de 16 anos, estudantes de escolas particulares. Considerando que as variáveis deste estudo sofrem a influência da idade, do sexo e de fatores sócio-culturais, este é um aspecto que restringe a generalização das conclusões para outras populações, como crianças e idosos de nível sócio-econômico mais baixo e culturas diferentes. Nesse sentido, os resultados encontrados podem ter sofrido a influência destas características da amostra. Pesquisas posteriores fazem-se necessárias para verificar se as variáveis aqui estudadas se

relacionam da mesma forma em populações com características etárias, sócio-econômicas e culturais diferentes.

Outro aspecto que restringe a generalização dos resultados se deve à opção metodológica de se trabalhar apenas com jovens estudantes, o que não permite comparações com uma amostra clínica para verificar possíveis diferenças nas relações entre as variáveis estudadas. Dessa forma, não podemos afirmar que adolescentes diagnosticados com depressão e/ou ansiedade teriam o mesmo padrão de respostas empáticas que os participantes deste estudo.

O presente trabalho deixa em aberto muitas questões para investigações futuras, que poderão ampliar nosso conhecimento sobre outros aspectos envolvidos no desenvolvimento sócio-moral e sua relação com a saúde mental. Espera-se que as reflexões derivadas desse estudo possam fomentar a implementação de políticas educacionais que visem promover o desenvolvimento global dos jovens.

## 8. REFERÊNCIAS

- Andriola, W. B., & Cavalcanti, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428.
- APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - quarta edição revisada - DSM IV-TR*. (C. Dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Atkinson, R. L. (2007). Emoções (D. Bueno, Trans.). In R. C. A. Rita L. Atkinson, Eduard E. Smith, Daryl J. Bem, Susan Nolen-Hoeksema e Carolyn D. Smith (Ed.), *Introdução à Psicologia de Hilgard* (13 ed., pp. 410-439). Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-365.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & diLorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 4(3), 36-40.
- Batson, C. D. (2009). These Things Called Empathy: Eigt Related but Distinct Phenomena. . In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3-16). Cambridge: MIT Press.
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Adults' emotional reactions to the distress of others. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 163-184). Nova York Cambridge University Press.
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories – Second Edition for Children and Adolescents*. San Antonio: TX:PsychCorp.
- Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood Change and Empathy Decline Persist during Three Years of Internal Medicine Training. *Journal of Academic Medicine*, 80(2), 164-167.
- Bose-Deakins, J. E., & Floyd, R. G. (2004). A Review of the Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment. *Journal of School Psychology*, 42 333-340.
- Carter, C. S., Harris, J., & Porges, S. W. (2009). Neural and Evolutionary Perspectives on Empathy. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 169 - 182). Cambridge: MIT Press.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência Social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos em Psicologia*, 5(1), 71-93.

- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* (1993). (D. Caetano, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2010). Altered self-report of empathic responding in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, *178*, 354–358.
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N., & McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: Relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research* *188*, 231-236.
- Dalgalarondo, P. (2008). A afetividade e suas alterações. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2 ed., pp. 155-173). Porto Alegre: Artmed.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 113-126.
- Del Porto, J. A. (1999). Depressão: conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *21*, 6-11.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., & Koller, S. (2001). Brazilian adolescents' prosocial moral judgment and behavior: relations to sympathy, perspective taking, gender role orientation, and demographic characteristics *Child Development*, *72*, 518-534.
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., & García, P. S. (2004). La medida de La empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, *16*(2), 255-260.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, *24*(2), 284-298.
- Fontenelle, L. F., Soares, I. D., Miele, F., Borges, M. C., Prazeres, A. M., Rangé, B. P., & Moll, J. (2009). Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *43*, 455–463.
- Freud, S. (1893). Sobre o Mecanismo Psíquico das Neuroses Histéricas: uma conferência. In E. Salomão (Ed.), *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1894). As Neuropsicoses de Defesa. In E. Salomão (Ed.), *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1895 [1894]). Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia. In E. Salomão (Ed.),

*Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (1911). Formulações sobre os Dois Princípios do Funcionamento Psíquico (P.C. de Souza, Trans.) In S. Freud, *Observações Psicanalíticas Sobre Um Caso de Paranóia – relato de uma autobiografia (o caso Schreber), Artigos Sobre Técnica e Outros Textos (1911 – 1913).* *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 108 - 121). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1917 [1915]). Luto e Melancolia (P. C. d. Souza, Trans.) In S. Freud, *Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e Outros Textos (1914 – 1916).* *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 171 - 194). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1926). Inibição, Sintoma e Ansiedade. In E. Salomão (Ed.), *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Friedman, E. S., Thase, M. E., & Wright, J. H. (2008). Cognitive and Behavioral Therapies. In J. K. Allan Tasman, Jeffrey A. Lieberman, Michael B. First and Mario Maj. (Ed.), *Psychiatry* (3 ed., pp. 1920 - 1947): John Wiley & Sons, Ltd.

Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593 – 609.

Galvão, L. K. S. (2010). *Desenvolvimento moral e empatia: medidas, correlatos e intervenções educacionais.* Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175, 277–279.

Hair, J. F., Anderson, R.E., Tathan, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise Multivariada de dados* (5ª ed). Porto Alegre: Bockman.

Hoffman, M. L. (1978). Empathy, it's development and prosocial implications. *Child Development*, 25, 169-218.

Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47-80). Nova York Cambridge University Press.

Hoffman, M. L. (2007). *Empathy and moral development: implications for caring and justice.* New York.: Cambridge University Press.

- Jatobá, J. A. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e Ansiedade em Adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2010). Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? *Jornal of adolescence*, XXX, 1-13.
- Joreskög, K. & Sörbom, D. (1989). *LISREL 7 user's reference guide*. Mooresville: Scientific Software.
- Klein, M. (1940). O luto e suas relações com os estados maniaco-depressivos (A. Cardoso, Trans.). In R. Money-Kyrle, B. Joseph, E. O'Shaughnessy & H. Segal (Eds.), *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. *Obras Completas de Melanie Klein* (Vol. 1, pp. 385-412). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (L. P. Chaves, Trans.). In R. Money-Kyrle, B. Joseph, E. O'Shaughnessy & H. Segal (Eds.), *Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. *Obras Completas de Melanie Klein* (Vol. 3, pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- Kohut, H. (2009a). Progressive and Integrative Developments within the Narcissistic Realm. *The Analysis of the Self - a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders* (pp. 298 - 329). Chicago: The University of Chicago Press. (Obra originalmente publicada em 1971)
- Kohut, H. (2009b). Types of Mirror Transferences: a classification according to the development considerations *The Analysis of the Self - a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. (pp. 105 - 133). Chicago: The University of Chicago Press. (Obra originalmente publicada em 1971).
- Kohut, H. (1984). The role of empathy in psychoanalytic cure. *How does analysis cure?* (pp. 172 - 192). Chicago: The University of Chicago Press.
- Koller, S., Camino, C. P. S., & Ribeiro, J. (2001). Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 43-53.
- Lee, H., S., Brennan, P. F., & Daly, B. J. (2001). Relationship of Empathy to Appraisal, Depression, Life Satisfaction, and Physical Health in Informal Caregivers of Older Adults. *Research in Nursing & Health*, 24, 44-56.
- Lee, S. A. (2009). Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? *Personality and Individual Differences* 47, 429-433.

- Lennon, R., & Eisenberg, N. (1987). Gender and age differences in empathy and sympathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 195-217). Nova York Cambridge University Press.
- Levisky, D.L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T., Mulherin, K., & Crisostomo, P. (2007). Empathy and Depression: the moral system on overdrive. In T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 49-75). Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 19-27.
- Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral (R. C. Costa, Trans.). In A. Bandura, R. G. Azzi & S. Polydoro (Eds.), *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.
- Pavarino, M. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância *Psico*, 36(2), 127-134.
- Peluso, M. A. M., Savali, C., Cúri, M., Gorenstein, C., & Andrade, L. H. (2010). Mood changes in the course of preparation for the Brazilian university admission exam – a longitudinal study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 30-41.
- Pérez-Albéniz, A., Paúl, J., Etxeberria, J., Montes, P. M., & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272.
- Pfeifer, J. H., & Dapretto, M. (2009). “Mirror, mirror, in my mind”: empathy, interpersonal competence, and the mirror neuron system. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 183 - 198). Cambridge: MIT Press.
- Piaget, J. (2010). *Seis estudos de Psicologia* (M. A. M. D. A. e. P. S. L. Silva, Trans. 24 ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1964).
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131 – 141.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007a). Transtornos de Ansiedade (C. Dornelles, Trans.) *Kaplan & Sadock Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9 ed., pp. 630 - 686). Porto Alegre: Artmed.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007b). Transtornos de Humor e Suicídio em Crianças e Adolescentes (C. Dornelles, Trans.) *Kaplan & Sadock Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9 ed., pp. 1359 - 1368). Porto Alegre: Artmed.
- Sampaio, L. R. (2007). *Produtividade, necessidade e empatia: relações entre julgamentos distributivos, consideração empática, angústia pessoal e Tomada de Perspectiva*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.
- Sampaio, L. R., Camino, C. P. S., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(2), 212-227.
- Sampaio, L. R., Guimarães, P. R. B., & Araújo, E. G. (2009). *Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal e suas especificidades no contexto brasileiro*. Paper presented at the VII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento. Desenvolvimento e Direitos Humanos.
- Sampaio, L. R., Guimarães, P. R. B., Camino, C. P. S., Formiga, N. S., & Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*, 4(1), 67-76.
- Sampaio, L. R., Monte, F. C., Camino, C. P. S., & Roazzi, A. (2008). Justiça distributiva e empatia em adolescentes do nordeste brasileiro. *Psicologia: reflexão e crítica*, 21(2), 275-282.
- Selman, R. L. (1971). The Relation of role-taking to the development of moral judgment in children. *Child Development*, 42, 79-91.
- Selman, R. L., & Byrne, D. F. (1974). A Structural-Developmental Analysis of Levels of Role Taldng in Middle Childhood. *Child Development*, 45, 803-806.
- Siu, A. M., & Shek, D. T. L. (2005). Validation of the Interpersonal Reactivity Index in a Chinese Context. . *Research on Social Work Practice*, 15(2), 118-126.
- Souza, L. D. M., Silva, R. S., Godoy, R. V., Cruzeiro, A. L. S., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. (2008). Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais – estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 261-266.
- Strayer, J. (1987). Affective and cognitive perspectives on empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 218-244). Nova York Cambridge University Press.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 177-183.

- Winnicott, D. W. (2006). El primer año de vida. Criterios modernos sobre el desarrollo emocional. (N. Roseblatt, Trans.) *La familia y el desarrollo del individuo* (5 ed., pp. 15 - 127). Buenos Aires: Ediciones Hormés S.A.E. (Obra original publicada em 1958).
- Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 17-37). Nova York Cambridge University Press.
- Zimerman, D. E. (2004). Estados Depressivos. *Manual da Técnica Psicanalítica: uma revisão.* (pp. 299 - 305). Porto Alegre: Artmed.

# **9. ANEXOS**

## ANEXO A: Carta às Escolas de Esclarecimento e Autorização da Pesquisa.



NÚCLEO DE PESQUISAS EM DESENVOLVIMENTO SÓCIO-MORAL –  
NPDSM

Departamento de Psicologia / Mestrado em Psicologia Social

Fone (083)216.7337

CCHLA - Cidade Universitária - Campus I,

João Pessoa, PB, Brasil. CEP: 58.059-900



À Direção do Colégio \_\_\_\_\_.

Prezado Sr(a). Diretor(a),

A pesquisa intitulada “*Capacidades Empáticas e Aspectos Emocionais de Adolescentes*” será desenvolvida por **Simone Marin Alves**, mestranda do Núcleo de Pesquisas em Desenvolvimento Sócio-Moral da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. **Júlio Rique Neto**.

Esta pesquisa objetiva estudar aspectos cognitivos e afetivos de adolescentes visando contribuir para um melhor desenvolvimento humano.

Esse estudo requer a participação de adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, estudantes de escolas da rede privada de João Pessoa.

Este projeto segue as recomendações éticas da resolução 196-96 de 10 de outubro de 1996. Serão obtidos os Consentimentos dos pais ou responsáveis, além do auto-consentimento de todos os participantes antes de eles considerarem a participação no estudo.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a saúde física e psicológica dos alunos. Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, os alunos não serão obrigados a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decidam não participar do estudo, ou resolverem a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerão nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vêm recebendo nesta instituição.

Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos científicos e publicados em revistas científicas, sendo garantido o anonimato dos alunos participantes e da instituição. Fica registrado, também, que todas as informações, dados e/ou material serão usados pelos pesquisadores responsáveis com propósitos unicamente científicos.

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão administrados instrumentos de avaliação objetivos que no total devem levar cerca de 20 minutos para serem respondidos. Tais instrumentos avaliam aspectos emocionais como depressão e ansiedade e habilidades empáticas dos adolescentes.

A administração dos instrumentos será feita coletivamente, no contexto escolar, em horários a serem combinados com a Coordenação da escola e professores.

Diante dos esclarecimentos expostos, solicitamos sua autorização para que a coleta dos dados seja realizada com os estudantes desta instituição de ensino. Os pesquisadores responsáveis se colocam a disposição para qualquer esclarecimento através do telefone 3216-7006 (Mestrado em Psicologia Social) ou por e-mail: [simarin77@hotmail.com](mailto:simarin77@hotmail.com) e [julio.rique@uol.com.br](mailto:julio.rique@uol.com.br).

Caso concorde, preencha as informações abaixo e assine o documento.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter sido devidamente informado, autorizo a realização da coleta de dados com os alunos desta instituição de ensino. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Direção da escola

\_\_\_\_\_  
Pesquisador(a) responsável

## ANEXO B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido aos Pais ou Responsáveis



NÚCLEO DE PESQUISAS EM DESENVOLVIMENTO SÓCIO-MORAL – NPDSM

Departamento de Psicologia / Mestrado em Psicologia Social

Fone (083)216.7337 –

Cidade Universitária - Campus I,

João Pessoa, PB, Brasil. CEP: 58.059-900



Esta pesquisa intitula-se “*Capacidades Empáticas e Aspectos Emocionais de Adolescentes*”, e está sendo desenvolvida por **Simone Marin Alves** do Núcleo de Pesquisas em Desenvolvimento Sócio-Moral da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. **Júlio Rique Neto**. O objetivo da pesquisa é estudar o pensamento dos jovens em relação à questões afetivas.

Esta pesquisa segue as recomendações éticas da resolução 196-96 de 10 de outubro de 1996 e objetiva estudar aspectos cognitivos e afetivos de adolescentes visando contribuir para um melhor desenvolvimento humano. A participação na pesquisa é voluntária e, portanto, seu filho(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a saúde física e psicológica de seu filho. Para o desenvolvimento desta pesquisa serão administrados questionários que no total devem levar cerca de 20 minutos para serem respondidos. Os questionários avaliam aspectos emocionais como depressão e ansiedade e habilidades empáticas. Vale ressaltar que estes instrumentos não serão utilizados com objetivo diagnóstico, mas para avaliar estes aspectos em uma população normal de adolescentes.

A administração dos questionários será feita coletivamente, no contexto escolar, em horários a serem combinados com a Coordenação da escola e professores.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicá-los em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome de seu filho(a) será mantido em completo sigilo.

Os pesquisadores responsáveis se colocam a disposição para qualquer esclarecimento através do telefone (83) 3216-7006 (Mestrado em Psicologia Social) ou por e-mail: [simarin77@hotmail.com](mailto:simarin77@hotmail.com) e [julio.rique@uol.com.br](mailto:julio.rique@uol.com.br). Fica registrado, também, o esclarecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelo(a) pesquisador(a) responsável com propósitos unicamente científicos.

Caso concorde com a participação de seu filho(a) preencha as informações abaixo e assine o documento. Caso seja solicitado, o Sr(a) receberá uma cópia desse documento.

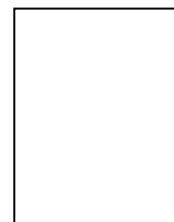
Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para a participação de meu filho(a) \_\_\_\_\_ na pesquisa e para publicação dos resultados.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Testemunha (em caso de analfabeto)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)



## ANEXO C: Termo de Consentimento Livre Esclarecido aos Jovens



NÚCLEO DE PESQUISAS EM DESENVOLVIMENTO SÓCIO-MORAL – NPDSM

Departamento de Psicologia / Mestrado em Psicologia Social

Fone (083)216.7337 –

Cidade Universitária - Campus I,

João Pessoa, PB, Brasil. CEP: 58.059-900



Esta pesquisa intitula-se “*Capacidades Empáticas e Aspectos Emocionais de Adolescentes*”, e está sendo desenvolvida por **Simone Marin Alves** do Núcleo de Pesquisas em Desenvolvimento Sócio-Moral da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. **Júlio Rique Neto**. O objetivo da pesquisa é estudar o pensamento dos jovens em relação à questões afetivas.

Esta pesquisa segue as recomendações éticas da resolução 196-96 de 10 de outubro de 1996 e objetiva estudar aspectos cognitivos e afetivos de adolescentes visando contribuir para um melhor desenvolvimento humano. A participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para sua saúde física e psicológica. Para o desenvolvimento desta pesquisa serão administrados questionários que no total devem levar cerca de 20 minutos para serem respondidos. Os questionários avaliam aspectos emocionais como depressão e ansiedade e habilidades empáticas. Vale ressaltar que estes instrumentos não serão utilizados com objetivo diagnóstico, mas para avaliar estes aspectos em uma população normal de jovens.

A administração dos questionários será feita coletivamente, no contexto escolar, em horários a serem combinados com a Coordenação da escola e professores.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicá-los em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

Os pesquisadores responsáveis se colocam a disposição para qualquer esclarecimento através do telefone (83) 3216-7006 (Mestrado em Psicologia Social) ou por e-mail: [simarin77@hotmail.com](mailto:simarin77@hotmail.com) e [julio.rique@uol.com.br](mailto:julio.rique@uol.com.br). Fica registrado, também, o esclarecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelo(a) pesquisador(a) responsável com propósitos unicamente científicos.

Caso concorde em participar preencha as informações abaixo e assine o documento. Caso seja solicitado, você receberá uma cópia desse documento.

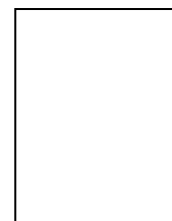
Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para a participação na pesquisa e para publicação dos resultados.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha (em caso de analfabeto)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)



## ANEXO D: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS - CEP**

### CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 31/08/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado CAPACIDADES EMPÁTICAS E ASPECTOS EMOCIONAIS DE ADOLESCENTES. Protocolo CEP/HULW nº. 460/10, folha de rosto nº 364020, CAAE Nº 0378.0.126.000-10 da pesquisadora SIMONE MARIN ALVES.

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 01 de setembro de 2010.

*Iaponira Cortez Costa de Oliveira*  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CEP/HULW

*Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira*  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
Fone: (83) 32167302 - Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

## ANEXO E: Escala Beck de Depressão para Crianças e Adolescentes, 2ª versão (BDI-II).

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

|  | 0     | 1        | 2            | 3      |
|--|-------|----------|--------------|--------|
| 41. Eu penso que a minha vida é ruim.                    | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 42. Eu me sinto mal fazendo as coisas.                   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 43. Eu sinto que eu sou uma pessoa ruim.                 | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 44. Eu desejo estar morto (a).                           | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 45. Eu não consigo dormir bem.                           | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 46. Eu sinto que ninguém gosta de mim.                   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 47. Eu penso que coisas ruins acontecem por minha causa. | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 48. Eu me sinto solitário.                               | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 49. Meu estômago dói.                                    | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 50. Eu sinto que coisas ruins acontecem comigo.          | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 51. Eu me sinto burro (a).                               | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 52. Eu sinto pena de mim mesmo.                          | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 53. Eu penso que faço tudo errado.                       | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 54. Eu me sinto mal com o que faço.                      | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 55. Eu me odeio.   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 56. Sinto vontade de ficar sozinho.                      | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 57. Sinto vontade de chorar.                             | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 58. Eu me sinto triste.                                  | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 59. Eu me sinto vazio por dentro.                        | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 60. Eu penso que minha vida será ruim.                   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |

**Total BDI-Y:**

## ANEXO F: Escala Beck de Ansiedade para Crianças e Adolescentes, 2ª versão (BAI-II).

Neste questionário você encontra uma série de itens sobre pensamentos e sentimentos que acontecem com as pessoas. Leia cuidadosamente cada sentença, e circule uma palavra (Nunca, Às Vezes, Quase Sempre ou Sempre) que melhor descreva seus pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

|   | 0     | 1        | 2            | 3      |
|---|-------|----------|--------------|--------|
| 21. Eu me preocupo que alguém me faça mal na escola.            | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 22. Meus sonhos me assustam.                                    | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 23. Eu fico ansioso quando estou na escola.                     | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 24. Eu penso em coisas assustadoras.                            | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 25. Eu me preocupo que as pessoas impliquem comigo.             | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 26. Eu tenho medo de errar.                                     | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 27. Eu fico nervoso.  | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 28. Eu tenho receio de ser magoado.                             | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 29. Eu me preocupo em receber notas ruins.                      | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 30. Eu me preocupo com o futuro.                                | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 31. Minhas mãos tremem.   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 32. Eu me preocupo em ficar louco.                              | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 33. Eu me preocupo que as pessoas possam ficar bravas comigo.   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 34. Eu me preocupo em perder o controle.                        | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 35. Eu sou ansioso (a).   | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 36. Eu não consigo dormir bem.                                  | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 37. Meu coração dispara.  | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 38. Eu fico trêmulo (a).  | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 39. Eu tenho medo que alguma coisa ruim possa acontecer comigo. | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |
| 40. Eu tenho medo de ficar doente.                              | Nunca | Às Vezes | Quase Sempre | Sempre |

**Total BAI-Y:**

## ANEXO G: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – EMRI

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto você concorda ou discorda com a afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo (1- Discordo Totalmente; 2- Discordo Parcialmente; 3- Nem Discordo/Nem Concordo; 4- Concordo Parcialmente; 5- Concordo Totalmente). Quando você tiver decidido sua resposta marque um X no número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honesto possível. Obrigado!

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Sou neutro quando vejo filmes.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tento compreender o argumento dos outros.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Fico comovido com os problemas dos outros.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Costumo ser efetivo em ocasiões emergenciais.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Fico apreensivo em situações emergenciais.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Tendo a perder o controle durante emergências.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Fico tenso em situações de fortes emoções.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Sinto-me indefeso numa situação emotiva.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Habitualmente vejo as coisas do ponto de vista dos outros.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |