

Adriana Miguel Gonçalves de Sá Bento

**Psicopatia, Experiências Traumáticas e Sintomas  
Psicopatológicos em Reclusos Portugueses:  
O papel mediador da Autocompaixão e da  
Desejabilidade Social**



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica**  
**Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais**

**COIMBRA, 2018**

**Psicopatia, Experiências Traumáticas e Sintomas Psicopatológicos  
em Reclusos Portugueses:  
O papel mediador da Autocompaixão e da Desejabilidade Social**

Adriana Miguel Gonçalves de Sá Bento

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica  
Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Coorientadora: Mestre Bárbara Monteiro, ISMT

Coimbra, janeiro de 2018

## Agradecimentos

*“Não sou nada.*

*Nunca serei nada.*

*Não posso querer ser nada.*

*À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”*

(Primeiros versos do Poema “Tabacaria” de Álvaro de Campos)

Ao longo do meu ciclo de vida, aprendi que nunca devemos parar de sonhar. É verdade. Até parece mentira. Cinco anos extraordinários. Sonhar é preciso, reconhecer o valor das pessoas, é mais preciso ainda. Desta forma, sendo esta investigação a última etapa de um percurso académico que contribuiu em muito no meu crescimento, resta-me agradecer a todos aqueles que me acompanharam e tornaram a sua realização possível.

À Professora Doutora Helena Espírito Santo, pela orientação, dedicação e disponibilidade. Pelos conhecimentos. Por todos os ensinamentos e partilhas ao longo destes anos. Por toda a persistência e insistência! Por contribuir no meu crescimento a nível pessoal e académico. O meu sincero obrigada!

À Bárbara, coorientadora, amiga e madrinha. Pela colaboração e dedicação no desenvolvimento desta dissertação. Pelo apoio incondicional. És a prova de que nunca devemos desistir. Muito obrigada!

À Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, pela autorização do desenvolvimento desta investigação.

Ao Instituto Superior Miguel Torga pela formação e acompanhamento.

À Dr<sup>a</sup> Isabel Sofia, orientadora de estágio, que se mostrou sempre disponível. O meu sincero obrigada pelo apoio que me proporcionou!

A todos os técnicos e guardas dos três estabelecimentos prisionais, que tive o prazer de conhecer e trabalhar!

A todos os reclusos que contribuíram para a realização desta investigação. Acredito na mudança de cada um de vocês, que à sua maneira me marcou e contribuiu para o meu crescimento!

À Sofia, Rita, Amélia, Pilar e Mónica, pela amizade! Por acreditarem em mim e pelo eterno incentivo.

À Soraia, Bruna, Catarina e Elsa. Por toda a loucura. Por me ouvirem mesmo quando não fazia sentido. Não podia ser de outra maneira. Um muito obrigada pelo companheirismo!

Ao André por ser o melhor amigo de sempre!

À minha comissão, pela overdose de sorrisos.

À Joana, pela amizade e por nunca me deixar desistir.

À Cristina, colega de estágio, pela partilha e boa disposição.

A ti, por tudo!

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o orgulho que mostram ter! Por me permitirem sonhar e crescer. Vocês são a melhor versão de mim, cujos agradecimentos serão sempre poucos.

À minha avó. Por saber que em algum lugar, alguém zela por mim!

Agradeço com enorme apreço e gratidão, a todos que fizeram esta viagem comigo!

## Lista de Siglas

BSI - *Brief Symptom Inventory*;

DGRSP - Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais;

DGSP - Direção Geral dos Serviços Prisionais;

DS - Desejabilidade Social;

EPAS - Estabelecimentos de alta segurança;

EP - Estabelecimentos Prisionais (sing./plu.)

EPCP - Estabelecimentos Prisionais de carácter preventivo;

IGS - Índice Geral de Sintomas;

ISMT - Instituto Superior Miguel Torga;

LSRPS - *Levenson Self Report Psychopathy Scale*;

MCSDS - *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*;

PP - Psicopatia Primária;

PS - Psicopatia Secundária;

SCS - *Self Compassion Scale*;

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*;

TEC - *Traumatic Experiences Checklist*;

## Resumo

**Objetivos:** explorar a relação entre os sintomas psicopatológicos, psicopatia, autocompaixão, experiências traumáticas e desejabilidade social numa amostra de reclusos portugueses; verificar se a psicopatia e as experiências traumáticas são fatores de risco dos sintomas psicopatológicos; verificar se a autocompaixão medeia a relação entre a psicopatia e os sintomas psicopatológicos; e verificar se a desejabilidade social medeia a relação entre as experiências traumáticas e os sintomas psicopatológicos.

**Método:** A amostra é constituída por 128 reclusos portugueses, do sexo masculino, de 3 Estabelecimentos Prisionais de Portugal, com uma média de idades de 37,84 anos ( $DP = 10,4$ ). Todos os participantes preencheram uma declaração de consentimento informado e uma bateria de testes, incluindo o *Brief Symptom Inventory* (BSI), o *Levenson Self Report Psychopathy Scale* (LSRPS), a *Self Compassion Scale* (SCS), a *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) e a *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS).

**Resultados:** A autocompaixão não medeia de forma total a relação entre a psicopatia primária e os sintomas psicopatológicos. Contrariamente, o modelo testado no qual a desejabilidade social é apresentada como mediadora da relação entre a vivência de experiências traumáticas e os sintomas psicopatológicos relevou um efeito mediador total positivo. Em reclusos portugueses o índice geral de sintomas correlaciona-se, positivamente, com a psicopatia secundária, as experiências traumáticas e a desejabilidade social e de forma negativa, com a autocompaixão. Já a psicopatia primária apenas se correlaciona, de forma positiva com a psicopatia secundária. Por sua vez, as experiências traumáticas correlacionam-se com a desejabilidade social, de forma positiva.

**Conclusão:** Apesar da não existência de um efeito mediador, o desenvolvimento de autocompaixão parece ser útil nesta população, devido ao elevado número de experiências traumáticas, sintomas psicopatológicos e existência de traços de psicopatia. A desejabilidade social revelou-se uma variável de destaque nesta população.

**Palavras-chave:** Psicopatia; Desejabilidade Social; Sintomas Psicopatológicos; Experiências Traumáticas, Regulação Emocional. Reclusos.

## Abstract

**Ojectives:** to explore the relationship between the psychopathological symptoms, psychopathy, self-compassion, traumatic experiences and social desirability in a sample of portuguese inmates; to verify if psychopathy and traumatic experiences are risk factors for psychopathological symptoms; to verify if self-compassion mediates the relationship between psychopathy and psychopathological symptoms; to verify if social desirability mediates the relationship between traumatic experiences and psychopathological symptoms.

**Method:** The sample is made up by 128 portuguese, male inmates, from 3 Portuguese Prison Establishments, with a mean age of 37,84 years old ( $DP = 10,4$ ). All the participants filled an informed consent declaration and a test battery, including the Brief Symptom Inventory (BSI), Levenson's Self Report Psychopathy Scale (LSRPS), Self Compassion Scale (SCS), Traumatic Experiencies Checklist (TEC) and the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS).

**Results:** Self-compassion doesn't totally mediate the relationship between primary psychopathy and psychopathological symptoms. On the contrary, the tested model in which social desirability is presented as a mediator of the relationship between traumatic experiences and psychopathological symptoms has revealed a total positive mediator effect. In portuguese inmates, the general symptom index correlates, positively, with secondary psychopathy, the traumatic experiences and social desirability, negatively, with self-compassion. Whereas the primary psychopathy only correlates , in a positive way, with secondary psychopathy. Traumatic experiences positively correlate with social desirability.

**Conclusion:** Even though there is no mediator effect, the development of self-compassion seems to be useful in this population, due to the high number of traumatic experiences, psychopathological symptoms and to the existence of psychopathy traces. The social desirability variable stood out in this population.

**Keywords:** Psychopathy, Social Desirability, Psychopathological Symptoms, Traumatic Experiences, Emotional Regulation, Inmates

## **Anexos**

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética do ISMT.

## **Apêndices**

Apêndice A. Consentimento Informado;

Apêndice B. Questionário Sociodemográfico, Clínico e Prisional;

Apêndice C. Pedido de autorização e respetiva resposta dos autores dos instrumentos utilizados;

Apêndice D. Pedido de autorização e respetiva resposta da DGRSP, para recolha da amostra;

Apêndice E. *Outputs* dos modelos de mediação - resultados exploratórios.

## Tabelas

**Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica (N = 128)

**Tabela 2.** Caracterização Clínica (N = 128)

**Tabela 3.** Caracterização Prisional da amostra (N = 128)

**Tabela 4.** Intensidade dos Sintomas Psicopatológicos (BSI), da Psicopatia, da Autocompaixão (SCS), das Experiências Traumáticas (TEC) e da Desejabilidade Social (DS) numa amostra de reclusos portugueses (N = 128)

**Tabela 5.** Variação das Pontuações das Variáveis em Estudo em função das Variáveis Sociodemográficas (N = 128)

**Tabela 6.** Variação das Pontuações das Variáveis em Estudo em função das Variáveis Clínicas (N = 128)

**Tabela 7.** Variação das Pontuações das Variáveis em Estudo em função das Variáveis Prisionais (N = 128)

**Tabela 8.** Correlações de Pearson entre o Índice Geral de Sintomas (IGS) do *Brief Symptom Inventory*, Psicopatia Primária e Secundária, o total da *Self Compassion Scale* (SCS), o total da *Traumatic Experiences Scale* (TEC) e o total da versão curta da *Marlowe-Crowne Desirability Scale* (DS).

## Figuras

**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos participantes. Nota. EPAS = Estabelecimento Prisional de Alta Segurança; EPCP = Estabelecimento Prisional Regional Preventivo. <sup>a</sup> Estes números são referentes à lotação de cada EP, no entanto, variam diariamente, e são frequentemente ultrapassados.

**Figura 2.** Modelo de Mediação Final da Autocompaixão como variável mediadora na relação entre a Psicopatia Primária e o Índice Geral de Sintomas (N = 128).

**Figura 3.** Modelo de Mediação Final da Desejabilidade Social como variável mediadora na relação entre as Experiências Traumáticas e o Índice Geral de Sintomas (N = 128).

*“Quando se está preso, o pior é não poder fechar-se a porta”*

Stendhal, 1987

## **Introdução**

O estudo da população reclusa é por si só desafiante, devido não só a multiplicidade de fatores que motivam o comportamento criminoso, mas também pela variedade de crimes existentes, percursos de vida e predisposições inerentes a cada sujeito. Os estabelecimentos prisionais são instituições que impõem aos reclusos um modo de vida específico, pautado por condições, normas e regras como forma de reeducação (Gonçalves, 2002). A adaptação ao contexto prisional poderá ser, segundo Gonçalves (1999, 2002), bastante complexa devido à vida intramuros, à convivência com desconhecidos, à nova rotina e, principalmente, à privação da liberdade, podendo ainda funcionar como precipitante de sintomatologia psicopatológica.

A par com o estudo do contexto prisional é frequentemente encontrada a necessidade de abordar a delinquência, como uma particularidade associada ao comportamento criminoso. Existe um consenso geral de que o comportamento, incluindo o delinquente, é o resultado de uma interação de fatores biológicos, genéticos e ambientais (Bock e Goode, 1996). Diversas investigações têm sido desenvolvidas na tentativa de explicar e descrever o comportamento delinquente (Cooper e Berwick, 2001; Gonçalves, 1999, 2002). A delinquência pode ser definida em termos específicos, como um comportamento caracterizado por agressão, destruição de propriedade ou desonestidade (McDavid e McCandless, 1962). Segundo Frechette (1987), a delinquência leva a uma violação das normas de conduta em uso, figurando como um conflito com os interesses prioritários da comunidade, ou como um comportamento que se desvia das normas sociais. O delinquente apresenta-se, por norma, como um indivíduo que comete delitos ou infrações à lei (crimes), infringindo simultaneamente códigos de conduta moral. Segundo Bintube (2017), todas as sociedades, de um modo geral, apresentam um conjunto de crenças, costumes e tradições socialmente construídas e implicitamente aceites pelos seus membros como favoráveis ao bem-estar do ecossistema. A violação dessas normas é rotulada como antissocial, comportamento delinquente e/ou crime, dependendo da tipologia de ofensa decorrente da infração cometida (Bintube, 2017, p. 12). A dimensão jurídica define crime como qualquer forma de conduta proibida pela lei, prevendo consequências específicas de acordo com a transgressão cometida (Bintube, 2017). Neste sentido, alguns estudos tendem a evidenciar que a idade de início e a persistência de infringir a lei são importantes para prever a continuidade da prática de comportamentos antissociais (Davoglio, Gauer, Jaeger e Tolotti, 2012). Assim e de acordo

com Paíga (2012), o comportamento antissocial, assim como o delinquente, está afiliado a comportamentos que poderão ser interligados ao crime.

Segundo Moore (2011), a existência de traços de psicopatia poderá participar na manifestação de comportamentos delinquentes com um maior índice de violência e agressividade, existindo alguns estudos que confirmam a associação entre perturbações de personalidade e crimes violentos (Duggan e Howard, 2009; Gilbert e Daffern, 2011; Roberts e Coid, 2010; Short, Lennox, Stevenson, Senior e Shaw, 2012). No entanto, os traços psicopáticos não são prontamente reconhecidos através de uma manifestação sintomatológica, verificada noutras perturbações mentais (Vien e Beech, 2006).

A psicopatia é também conceptualizada como uma perturbação que se mantém ao longo da vida e que engloba um conjunto de traços extremos a nível interpessoal, afetivo, comportamental e de estilo de vida (Hare, 2003, citado por Gao, Raine, Chan, Venables e Mednick, 2010). Desta forma, a psicopatia enquanto traço, é considerada uma perturbação de personalidade caracterizada por um conjunto de traços que incluem características afetivas interpessoais (manipulação, falta de afeto) e características antissociais (impulsividade e agressividade) (Hare, 2003, citado por Gao et al. 2010). Uma das contribuições com mais destaque nas abordagens contemporâneas do conceito de psicopatia deve-se ao trabalho de Cleckley (1988). Em 1941, Cleckley apresentou dezasseis<sup>1</sup> traços significativos associados ao perfil da psicopatia (Cleckley, 1988). Com base nas características apontadas por este autor, e apoiado nas suas observações clínicas, Hare (1980) desenvolveu uma *checklist* original, tendo em vista a identificação da psicopatia. Hare (1993) referiu que o perfil de psicopatia gira em torno do encanto superficial, da manipulação, da perspicácia e da violência, por forma a exercer controlo sobre outros. Assim, como se pode perceber, existe a perturbação de personalidade e os traços de psicopatia. Os sujeitos com traços de psicopatia agem com frieza através de comportamentos hedónicos, desrespeitando normas sociais e morais (Hare, 1993). Diversos autores indicam que os traços de psicopatia não se definem pela criminalidade,

---

<sup>1</sup> (1) Encanto superficial; (2) Inexistência de alucinações; (3) Ausência de nervosismo ou manifestações psiconeuróticas; (4) Ser indigno de confiança; (5) Ser mentiroso e insincero; (6) Ausência de sentimentos de remorso ou de sentimentos de culpa; (7) Exibição de comportamentos antissociais com motivação inadequada; (8) Raciocínio pobre e incapacidade para aprender com a experiência; (9) Egocentrismo patológico e incapacidade para amar; (10) Pobreza geral nas reações afetivas; (11) Perda específica de *insight*; (12) Incapacidade para responder na generalidade das relações interpessoais; (13) Comportamento fantasioso e desadequado com ou sem bebida; (14) Ameaças de suicídio raramente cumpridas; (15) Vida sexual impessoal, vulgar e pobremente integrada; (16) Incapacidade para seguir qualquer plano de vida.

contudo, a sua manifestação mais violenta resulta frequentemente em comportamentos criminosos (Hare, Black e Walsh, 2013; Singh, Grann e Fazel, 2011; Skeem e Cooke, 2010).

A distinção tipológica de psicopatia, primária e secundária, foi pela primeira vez mencionada por Karpman (1948). Segundo este autor, o psicopata primário (também referido como idiopático) apresenta-se como calculista, distante, agressivo e egoísta, não revelando remorsos perante a avaliação das suas ações. Por sua vez, o psicopata secundário (ou sintomático) consegue, por vezes, demonstrar empatia e sentimentos de culpa. A diferença entre a psicopatia e a perturbação antissocial da personalidade reside no facto da primeira constituir-se num conjunto de traços de personalidade antissocial e de comportamentos desviantes em termos sociais, e a perturbação antissocial personalidade referir-se a um conjunto de condutas antissociais (Hare, 2013), onde são incluídos vários delinquentes que não apresentam um perfil de psicopatia.

Na descrição dos traços psicopáticos acima mencionados, quer para a psicopatia primária quer para a psicopatia secundária, podemos observar a existência de uma necessidade de manipulação e de controlo sobre os outros, aliada à visão exagerada de si mesmo. Neste sentido a desejabilidade social e o uso da mentira parecem funcionar como ferramentas de aproximação aos outros (Hare, 1993). Segundo Jonhson e Van de Vijver (2003), a desejabilidade social é apontada como uma característica pessoal, comumente considerada como a tendência de projetar imagens favoráveis de si mesmo, durante a interação social. A desejabilidade social é considerada um traço de personalidade em que o indivíduo procura apresentar-se numa luz mais favorável no desejo ou necessidade de aprovação social, comportando-se de forma culturalmente desejável e enquadrado com as normas sociais (Crowne e Marlowe, 1960; Roustaei, Jafari, Sadeghi e Jamali, 2015). Paulhus (1984) acredita que a desejabilidade social pode funcionar como *amplificação do autoengano* e como *gestão da aparência*. A *amplificação do autoengano* é uma maneira não objetiva ou automática do indivíduo se visualizar de forma extremamente otimista. Por outro lado, a *gestão da aparência* é o ajuste das respostas que o indivíduo dá para ser visto de forma mais positiva. Segundo Adams e Krasnoff (1989), as pesquisas de desejabilidade social em reclusos mostram resultados conflituosos. Alguns estudos reportam que, em escalas de desejabilidade social, os reclusos tendem a pontuar mais quando comparados a amostras de estudantes (Adams e Krasnoff, 1989), o que sugere que os reclusos, possivelmente devido às

características do contexto prisional, procuram recuperar o seu estatuto apresentando-se de forma socialmente desejável (Crowne e Marlowe, 1964).

Por conseguinte, o estudo da psicopatia e do comportamento criminoso remete, inevitavelmente, para a necessidade de uma maior compreensão dos seus possíveis predisponentes. Diversas investigações propuseram que a exposição a um trauma tem um papel de relevo na etiologia da psicopatia e no comportamento criminoso (Moeller e Hell, 2003; Poythress, Skeem e Lilienfeld, 2006), frequentemente associada a um sistema familiar disfuncional (Innes, 2004). Assim, o desenvolvimento de comportamentos agressivos poderá ser predito pelo uso da agressividade na resolução de conflitos por parte dos modelos parentais (Innes, 2004). Segundo Hare (1999), o comportamento delinquente tem origem na infância, existindo possivelmente uma continuidade na adolescência e na idade adulta, o que poderá permitir a identificação de traços psicopáticos numa fase precoce do indivíduo. Horwitz, Widom, McLaughlin, e White (2001) verificaram, depois de reunirem vinte anos de registos documentados referentes a casos judiciais de abuso e negligência de crianças, que adultos que vivenciaram experiências traumáticas na infância, apresentavam taxas consideravelmente maiores de praticamente todos os tipos de psicopatologia (incluindo depressão, ansiedade, dependência de substâncias psicoativas e perturbações de personalidade). Acontecimentos associados à negligência emocional ou abuso (físico, sexual e psicológico/emocional) são referidos como experiências com potencial traumático, podendo ser desencadeados por exposição direta, testemunho ou conhecimento/narração dos factos. Um evento é considerado traumático quando uma pessoa testemunha, ou é confrontada com a morte, ou com a ameaça desta ou uma ameaça à integridade física de si próprio ou de terceiros, envolvendo medo intenso (Carlson e Ruzek, 2004). Aquando uma situação de perigo, por vezes, são desencadeadas emoções de medo, sentimentos de desamparo ou horror (Carlson e Ruzek, 2004). Pereda, Jiménez-Padilla e Gallardo-Pujol (2011) reportaram que o historial de experiências traumáticas vividas durante a infância parece aumentar o risco de desenvolver certos traços de personalidade e/ou perturbações de personalidade. As experiências traumáticas poderão ter impacto nas crenças e suposições básicas sobre si mesmo, futuro, a segurança e bondade dos outros (Foa, Ehlers, Clark, Tolin e Orsillo, 1999). O trauma poderá promover sentimentos de culpa, autocrítica e estar relacionado com experiências de vergonha, que por si só parecem estar associadas ao desenvolvimento de psicopatologia (Anolli e Pascucci, 2005; Matos e Pinto

Gouveia, 2010). Assim, as consequências das experiências traumáticas parecem assemelhar-se a alguns traços de psicopatia, nomeadamente no autoconceito, na percepção diminuída da bondade dos outros e empatia. Do mesmo modo, é também conhecida a presença de trauma e psicopatologia na população reclusa (Spitzer, Liss, Dudeck, Orlob, Gillner, Hamm e Freyberger, 2003). No decorrer do cumprimento das suas penas, os reclusos apresentam manifestações comportamentais ligadas a sintomas depressivos, associados a acontecimentos traumáticos (Gonçalves e Machado, 2005). Para Gonçalves (1999), num estabelecimento prisional existem diversos quadros clínicos, incluindo vários sintomas psicopatológicos. O autor identifica algumas patologias: perturbações depressivas, psicóticas e perturbações de comportamento, que podem coexistir com o consumo de álcool e de estupefacientes. (Marques, 2010).

Abrangendo os conceitos de autocritica, empatia, autoconceito negativo e de vergonha, é possível encontrar a regulação emocional como peça fundamental. Neste âmbito, a compaixão figura como uma estratégia de regulação emocional adaptativa e caracteriza-se por envolver a sensibilidade à experiência do sofrimento, inerente à natureza humana, juntamente com um profundo desejo de aliviar esse mesmo sofrimento (Goetz, Keltner, e Simon-Thomas, 2010). Isso significa que experimentar a compaixão, implica o reconhecimento da presença de dor (Neff e Dahm, 2015). A existência de compaixão pelo próprio, ou seja autocompaixão, é então o oposto de crenças negativas e distorcidas acerca do *self*. A autocompaixão não se baseando em avaliações de desempenho do *self* e dos outros, pode diminuir sentimentos de vergonha e culpa, ajudando a transformá-los em sentimentos de autobondade e compreensão (Meredith e Mark, 2011). A autocompaixão, tem sido associada a uma variedade de estados e consequências positivos, incluindo a resiliência e o bem-estar geral (Meredith e Mark, 2011). Por outro lado, estados mal-adaptativos e sintomas psiquiátricos, incluindo ansiedade, depressão, autocriticismo, evitamento e sintomas de *stress* pós-traumático, parecem estar associados a baixos níveis de autocompaixão (Thompson e Waltz, 2008). Segundo Neff (2003), a autocompaixão está diretamente relacionada com os sentimentos de compaixão e preocupação com os outros; ser autocompassivo não implica ser egoísta ou centrado em si mesmo, nem significa priorizar as necessidades pessoais sobre as dos outros. A autora reconhece três componentes básicos da autocompaixão: a) estender a bondade e a compreensão a si mesmo em vez da autocritica e julgamentos; b) ver as próprias experiências como parte da experiência humana; e c) manter os pensamentos e sentimentos dolorosos em equilíbrio e não se identificar

com eles. A autocompaixão pode ser vista como uma estratégia de regulação emocional útil, na qual os sentimentos dolorosos não são evitados, mas são mantidos na consciência com compreensão (Neff, 2003). Devido à transformação do autoafeto negativo em autoafeto positivo, a autocompaixão pode beneficiar positivamente aspetos psicológicos. Enquanto os níveis preexistentes de autocompaixão têm as suas origens, pelo menos em parte, nas experiências da primeira infância, as habilidades de compaixão própria também podem ser ensinadas (Neff e Dahm, 2015).

Para a melhor compreensão deste processo da compaixão é preciso recorrer à teoria das mentalidades sociais de Gilbert (1989, 1995). O autor sugere que os seres humanos possuem uma série de mentalidades sociais que lhes permitem procurar e formar certos tipos de relacionamentos. A mentalidade social pode ser definida como uma organização de várias competências psicológicas, guiadas por motivos para garantir tipos específicos de relacionamentos sociais (Gilbert, 2010, p. 22). Gilbert (2000) sugere que as mentalidades sociais são ativadas, não só pela relação com os outros, mas também pela relação com o *self*. Gilbert (2005) considera então, cinco principais mentalidades sociais: solicitação de cuidados, prestação de cuidados, formação de alianças, hierarquia social e sexual. O autor acredita que as mentalidades sociais orientam a interpretação dos papéis sociais relativamente ao objetivo biológico que se pretende alcançar (Gilbert, 2005). As mentalidades sociais funcionam assim num sistema ambivalente em que os indivíduos adotam, nas suas relações, comportamentos de dominância/submissão, ou comportamentos de empatia, resultantes de experiências que tiveram com as figuras cuidadoras (Gilbert, 2005, 2010; Gilbert e Procter, 2006). Indivíduos com baixos níveis de compaixão são mais propensos a ter mães críticas, vêm de famílias disfuncionais e exibem padrões de vinculação inseguros em relação às pessoas mais compassivas (Neff e McGeehee, 2010). Neff (2012) refere que as posturas familiares de empatia e as relações marcadas por calor e apoio, no contexto familiar e parental, contribuem para o desenvolvimento da capacidade de prestar atenção às próprias emoções e para que se verifiquem níveis mais elevados de autocompaixão na idade adulta.

Se o sistema familiar é importante no desenvolvimento autocompassivo dos indivíduos, também as experiências traumáticas são relevantes, mais a mais porque muitas ocorrem no contexto familiar (Nijenhuis, 1999). Em suma, tal como referido anteriormente, o comportamento de carácter criminoso é frequentemente associado a comportamentos

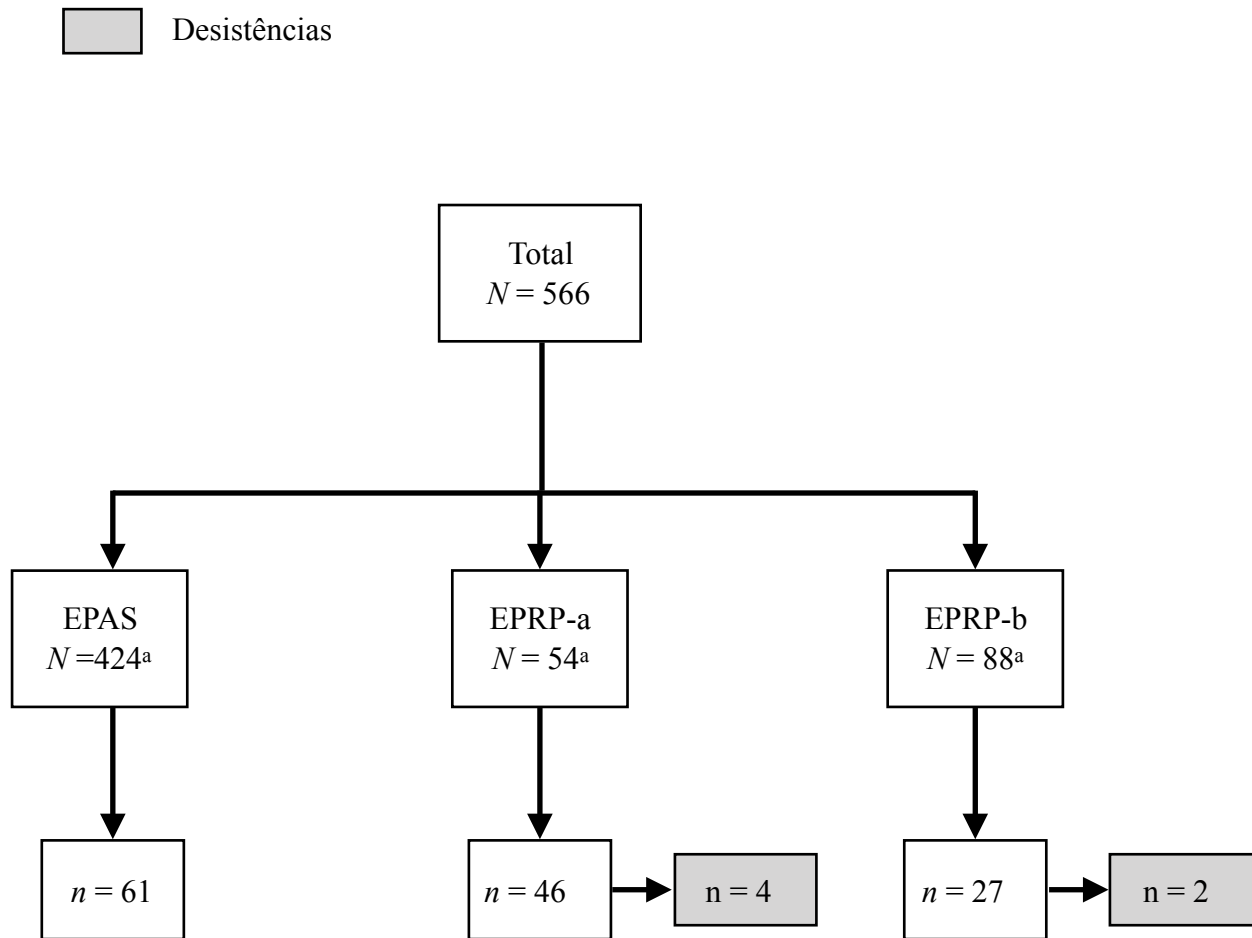
delinquentes e simultaneamente figura na manifestação de traços de psicopatia. No entanto, da revisão da literatura, levantam-se algumas questões. Até que ponto a psicopatia e as experiências traumáticas constituem fatores de risco para os sintomas psicopatológicos em reclusos? E também qual a relação desses fatores de risco entre si? Outra questão diz respeito, à relação e ao papel de desejabilidade social na psicopatia. Finalmente, até que ponto a autocompaixão funciona como fator de proteção para os sintomas psicopatológicos em reclusos. A vivência de experiências traumáticas e a desejabilidade social poderão funcionar como promotoras deste tipo de comportamento, mas fica a dúvida se a autocompaixão poderá consistir numa estratégia de regulação emocional adaptativa.

Assim, a presente dissertação tem então como objetivos: 1) analisar a intensidade dos sintomas psicopatológicos, da psicopatia, da autocompaixão, das experiências traumáticas e da desejabilidade social numa amostra de reclusos portugueses; 2) verificar se as variáveis supramencionadas variam em função das variáveis sociodemográficas, clínicas e prisionais; 3) explorar a relação entre os sintomas psicopatológicos, psicopatia, autocompaixão, experiências traumáticas e desejabilidade social numa amostra de reclusos portugueses; 4) verificar se a psicopatia e as experiências traumáticas são fatores de risco dos sintomas psicopatológicos; e 5) verificar se a autocompaixão medeia a relação entre a psicopatia e os sintomas psicopatológicos e entre as experiências traumáticas e sintomas psicopatológicos; e verificar se a desejabilidade social medeia a relação entre as experiências traumáticas e os sintomas psicopatológicos e entre a psicopatia e os sintomas psicopatológicos.

## **Métodos**

### **Participantes**

A amostra elegível de conveniência consiste em todos os reclusos, do sexo masculino, de três EP da região centro ( $n = 566$ ). Após o recrutamento, voluntariaram-se 134 reclusos, 61 de um estabelecimento de alta segurança (EPAS) e 73 de dois estabelecimentos prisionais regionais de carácter preventivo (EPCP<sub>a</sub> e EPCP<sub>b</sub>). Seis sujeitos (4,5%) desistiram no momento do preenchimento do protocolo, perfazendo uma amostra final de 128 reclusos (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos participantes. *Nota.* EPAS = Estabelecimento Prisional de Alta Segurança; EPCP = Estabelecimento Prisional Regional Preventivo. <sup>a</sup> Estes números são referentes à lotação de cada EP, no entanto, variam diariamente, e são frequentemente ultrapassados.

Como se pode verificar na Tabela 1, apresentaram uma média de idades de 37,84 anos ( $DP = 10,4$ ). Quanto ao estado civil, 73,4% ( $n = 94$ ) dos participantes eram solteiros, divorciados, separados, viúvos ou nunca casaram e 26,6% ( $n = 34$ ) eram casados ou viviam em união de facto. A maioria dos participantes apenas concluiu o ensino básico ( $n = 75$ ; 58,6%) e encontrava-se no nível socioeconómico médio inferior ( $n = 56$ ; 43,8%).

Na Tabela 2 é possível observar a caracterização clínica da amostra. Verificou-se que a maioria dos participantes não teve acompanhamento psicológico prévio ( $n = 82$ ; 64,1%), não tinham no momento qualquer acompanhamento psicológico ( $n = 91$ ; 71,1%), nem apresentavam qualquer componente medicamentosa ( $n = 68$ ; 53,1%). No que respeita ao historial de toxic dependência e de consumo de álcool, constatou-se que a maioria dos reclusos respondeu negativamente a estes itens ( $n = 67$ ; 52,3% e  $n = 98$ ; 76,6%, respetivamente). Dos 128 participantes apenas 10,2% ( $n =$

13) responderam ter sofrido de maus tratos na infância. Verificou-se que a maioria dos participantes deste estudo nunca teve um comportamento suicida ou autolesivo ( $n = 100$ ; 78,1%).

**Tabela 1**  
*Caracterização Sociodemográfica (N = 128)*

		<i>n</i>	%	$\chi^2_{a}$
<b>Idade</b> ( $M \pm DP = 37,84 \pm 10,4$ )	19-29	28	21,9	84,688
	30-49	84	65,6	
	50-59	11	8,6	
	60-69	5	3,9	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro <sup>b</sup>	94	73,4	56,813
	Casado <sup>c</sup>	34	26,6	
<b>Escolaridade</b> ( $M \pm DP = 3,86 \pm 1,52$ )	Analfabeto/Sabe ler e escrever	7	5,5	104,375
	Ensino Básico	75	58,6	
	Ensino Secundário	40	31,3	
	Ensino Superior	6	4,7	
<b>Nível Socioeconómico</b>	Baixo	45	35,2	51,563
	Médio Inferior	56	43,8	
	Médio Superior	24	18,8	
	Superior	3	2,3	

Nota. <sup>a</sup> Qui-quadrado da aderência; <sup>b</sup> nunca casado, divorciado, separado e viúvo; <sup>c</sup> casado ou união de facto.

**Tabela 2**  
*Caracterização Clínica (N = 128)*

		<i>n</i>	%	$\chi^2_{a}$
<b>Acompanhamento psicológico prévio</b> ( $M \pm DP = 1,36 \pm 0,48$ )	Sim	46	35,9	10,125
	Não	82	64,1	
<b>Acompanhamento psicológico atual</b> ( $M \pm DP = 1,29 \pm 0,46$ )	Sim	37	28,9	22,781
	Não	91	71,1	
<b>Medicação</b> ( $M \pm DP = 1,47 \pm 0,50$ )	Sim	60	46,9	0,500
	Não	68	53,1	
<b>Historial de Toxicodependência</b> ( $M \pm DP = 1,48 \pm 0,50$ )	Sim	61	47,7	0,281
	Não	67	52,3	
<b>Historial de Consumo de Álcool</b> ( $M \pm DP = 1,23 \pm 0,43$ )	Sim	30	23,4	36,125
	Não	98	76,6	
<b>Infância de maus tratos</b> ( $M \pm DP = 1,10 \pm 0,30$ )	Sim	13	10,2	81,281
	Não	115	89,8	
<b>Autodano</b> ( $M \pm DP = 1,22 \pm 0,42$ )	Sim	28	21,9	40,500
	Não	100	78,1	

Nota. \*  $p < 0,05$ ; <sup>a</sup> Qui-quadrado da aderência.

No que respeita à Tabela 3, são apresentadas as características prisionais da amostra, nas quais se verificou que a maioria dos sujeitos tinha antecedentes criminais ( $n = 77$ ; 60,2%). De entre os vários crimes apresentados, observou-se que a tipologia de crime mais praticada pelos participantes se enquadra no grupo “Crimes contra o património” ( $n = 59$ ; 46,1%), em oposição a “Crimes contra o estado” ( $n = 16$ ; 12,5%). Podemos notar que, 71,9% ( $n = 92$ ) dos sujeitos cometeram entre 1 a 3 crimes em simultâneo e que 35 (27,3%) dos 128 sujeitos estava a cumprir uma pena que decorre no intervalo de um a cinco anos ( $M = 2,77$   $DP = 1,23$ ).

**Tabela 3**

*Caracterização Prisional da amostra (N = 128)*

		<i>n</i>	%	$\chi^2_{a}$
<b>Antecedentes Criminais</b> ( $M \pm DP = 1,60 \pm 0,49$ )	Sim	77	60,2	5,281
	Não	51	39,8	
<b>Crimes contra as pessoas</b> ( $M \pm DP = 1,34 \pm 0,48$ )	Sim	44	34,4	12,500
	Não	84	65,6	
<b>Crimes contra a vida em sociedade</b> ( $M \pm DP = 1,27 \pm 0,39$ )	Sim	34	26,6	28,125
	Não	94	73,4	
<b>Crimes contra o património</b> ( $M \pm DP = 1,46 \pm 0,50$ )	Sim	59	46,1	0,781
	Não	69	53,9	
<b>Crimes de estupefacientes</b> ( $M \pm DP = 1,40 \pm 0,49$ )	Sim	51	39,8	5,281
	Não	77	60,2	
<b>Crimes contra o estado</b> ( $M \pm DP = 1,13 \pm 0,33$ )	Sim	16	12,5	72,000
	Não	112	87,5	
<b>Número total de crimes atuais</b> ( $M \pm DP = 1,41 \pm 0,70$ )	1 - 3	92	71,9	246,688
	4 - 6	20	15,6	
	> 7	16	12,5	
<b>Duração do cumprimento de pena</b> ( $M \pm DP = 2,77 \pm 1,23$ )	< 1 Anos	23	18,0	21,250
	[1-5[ Anos	35	27,3	
	[5-10[ Anos	29	22,7	
	[10-20[ Anos	31	24,2	
	≥ 20 Anos	10	7,8	

*Nota.*  $M$  = média;  $DP$  = desvio-padrão; <sup>a</sup> Qui-quadrado da aderência.

## Instrumentos

O protocolo da presente investigação foi constituído por um consentimento informado, de acordo com a Declaração de Helsínquia (Apêndice A), um questionário sociodemográfico, clínico e prisional construído para o efeito (Apêndice B) e uma bateria de testes, abaixo apresentados, e selecionados mediante os objetivos em estudo.

**Questionário Sociodemográfico, Clínico e Prisional.** O questionário sociodemográfico ficou constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo, nacionalidade, estado civil

(recategorizado em: *Solteiro* = nunca casado, divorciado, separado e viúvo; *Casado* = casado ou união de facto), habilitações literárias e nível socioeconómico (Apêndice B). De notar que os dados do questionário clínico (Apêndice B), nomeadamente o historial de toxicodependência e de consumo de álcool, a existência ou não de acompanhamento psicológico prévio e/ou no momento da recolha, toma de medicação, vivência de maus tratos na infância e autodano, foram facultados pelos participantes, não existindo, desta forma, consulta dos processos<sup>2</sup> individuais de cada recluso. A informação referente ao contexto prisional continha questões como data de primeira integração num estabelecimento prisional, os antecedentes criminais e/ou prisionais, o crime (que originou a pena a ser cumprida), a duração da pena, a existência ou não de apoio familiar, entre outros (Apêndice B). A seleção das variáveis a integrar no protocolo foi suportada pela revisão bibliográfica realizada.

***Brief Symptom Inventory*** (BSI; Derogatis, 1993; versão portuguesa aferida de Canavarro, 1999). A escala original surgiu como tentativa de dar resposta à desvantagem apontada ao *Symptom Check List* de 90 itens, pelo facto de ser muito extenso (Canavarro, 1999). Este instrumento é um inventário de autorresposta, constituído por 53 itens, com uma escala de Likert, em que a possibilidade de resposta varia entre as opções *Nunca* (0) e *Muitíssimas vezes* (4). Avalia sintomas psicopatológicos, num curto espaço de tempo, em nove dimensões de sintomatologia (*Somatização; Obsessões-compulsões; Sensibilidade interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade fóbica; Ideação paranoide; Psicoticismo*) e três índices globais, sendo estes avaliações sumárias de perturbação emocional (*Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos*). Este inventário pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, sujeitos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e à população em geral. Os resultados são alcançados com a soma dos valores (0-4) obtidos em cada item, referentes a cada dimensão. A amplitude do inventário varia entre um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 196 pontos. Parte-se do pressuposto de que, quanto maior for a pontuação obtida, maior a sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 2007). De seguida, a soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes a cada dimensão avaliada. Foram definidos pontos de corte entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população geral, utilizando-se o *Índice Geral de Sintomas* (IGS). Assim,

---

<sup>2</sup> Segundo o artigo 18º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade - Lei n.º 115/2009, para cada recluso é organizado um processo individual único relativo à sua situação processual e prisional, que é aberto ou reaberto no momento do ingresso e o acompanha durante o seu percurso prisional, mesmo em caso de transferência.

IGS  $\geq 1,7$  é possível encontrarmos indivíduos perturbados a nível emocional (Canavarro, 2007). No que concerne às propriedades psicométricas, os valores de consistência interna<sup>3</sup> avaliada com recurso ao alfa de Cronbach para as nove escalas variam entre 0,62 a 0,80 (Canavarro, 1999). No nosso estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,94.

***Levenson Self Report Psychopathy Scale*** (LSRPS; Levenson, Kiehl e Fitzpatrick, 1995- versão portuguesa traduzida e adaptada por Barbosa, Gonçalves, Almeida, Ferreira-Santos, e Marques-Teixeira, 2014). A LSRPS foi desenvolvida para avaliar a psicopatia numa amostra não forense. A escala ainda não foi validada para a população portuguesa. Contudo, pode ser usada responsavelmente para pesquisas com as devidas precauções éticas (Barbosa et al. 2014). A LSRPS consiste numa escala de 26 itens, com capacidade de resposta que vai desde 1 = *discordo totalmente* a 4 = *concordo totalmente*, sendo invertidos os itens 3, 7, 10, 13, 15, 21 e 26 (4 inverte para 1, 3 inverte para 2 e 1 inverte para 4). A escala de psicopatia primária integra 16 itens (2, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25 e 26) e avalia a manipulação para com os outros, enquanto que a escala de psicopatia secundária integra 10 itens (1, 3, 5, 6, 8, 10, 14, 16, 18 e 20) e avalia a impulsividade. A psicopatia primária e secundária são correspondentes aos Fatores 1 e 2 do PCL-R (Barbosa et al. 2014). A pontuação total resulta da soma de todos os itens e a soma dos itens de cada escala dá a pontuação de cada domínio (Barbosa et al. 2014). Valores altos representam maiores níveis de psicopatia (Barbosa et al. 2014). O instrumento demonstrou possuir uma boa confiabilidade, com um alfa de Cronbach de 0,82 para a psicopatia primária e 0,63 para a psicopatia secundária (Levenson et al. 1995). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,73 para a psicopatia primária e 0,55 para a psicopatia secundária.

***Self Compassion Scale*** (SCS; Neff, 2003; tradução e adaptação portuguesa de Castilho e Pinto-Gouveia, 2011). Esta escala pretende medir a autocompaixão, entendida como a capacidade para tolerar o sofrimento com uma atitude calorosa e de aceitação (Cunha, Xavier, e Vitória, 2014). É um instrumento de medida de autorresposta constituída por 26 itens, divididos em seis subescalas que avaliam seis dimensões (*calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, mindfulness e sobre-identificação*). É avaliado numa escala de Likert de cinco pontos (1 = *Quase nunca* e 5 = *Quase sempre*) em que o resultado mais elevado significa mais autocompaixão. A cotação total é obtida através do somatório da

---

<sup>3</sup> Realizou-se a análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach, dado que é considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Peterson, 1994).

pontuação de todos os itens, além de que o instrumento permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total, e, são itens invertidos (Castilho, 2011). A versão portuguesa apresenta valores confiáveis de consistência interna (alfa de Cronbach de 0,89), confirmando os valores de 0,92 obtidos nos estudos da versão original (Castilho, 2011), indicando assim uma boa fidedignidade. No presente estudo, o alfa de Cronbach deste instrumento foi de 0,74.

***Traumatic Experiences Scale*** (TEC, Nijenhuis, Van der Hart, e Vanderlinden, 1999; versão Portuguesa: Espírito-Santo e Rocha, 2008). A TEC tem uma utilidade clínica evidente, dado que as experiências traumáticas estão associadas a diferentes perturbações mentais (alimentares, depressão, perturbações de *stress* pós-traumático) e físicas (dor crónica). É um questionário de autorresposta que integra 29 experiências traumáticas diferentes, incluindo a presença ou ausência da situação traumática, a idade de início, a duração do trauma e o impacto que essas experiências tiveram na vida do sujeito. Avalia vários tipos de trauma: a negligência emocional, o abuso emocional, o abuso físico, o assédio sexual, o abuso sexual, problemas familiares graves, morte, entre outros (Espírito-Santo et al. 2013; Nijenhuis et al. 1999). O modelo desta escala permite o cálculo da gravidade do trauma emocional, do trauma físico e do trauma sexual. Segundo os autores da versão portuguesa, pode considerar-se um alfa de Cronbach de 0,93. Na presente investigação, o alfa de Cronbach deste instrumento foi de 0,75.

***Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*** (MCSDS; Ballard, 1992; tradução: Pechorro et al. 2012). A versão curta compósita foi desenvolvida por Ballard, a partir da escala original de Marlowe-Crowne, tendo ficado conhecida como subescala compósita e sendo provavelmente a mais utilizada atualmente de todas as subescalas derivadas da original. (Pechorro, Vieira, Poiares e Marôco, 2012). Cada item da escala pode ter duas categorias de resposta (1= Verdadeiro; 2 = Falso). A escala pode ser cotada somando os itens que a compõem, após se ter efetuado a reversão dos itens (nomeadamente os itens 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11 e 12), podendo o total variar entre 13 e 26. Pontuações mais elevadas nesta escala refletem a tendência de dar respostas socialmente mais desejáveis. Ballard (1992) relatou um coeficiente de consistência interna de 0,70 para a sua escala compósita. O alfa de Cronbach deste instrumento foi de 0,57 no presente estudo.

## **Procedimentos**

A concretização da presente investigação atravessou várias etapas que serão de seguida descritas. Após a realização de uma revisão bibliográfica do tema em estudo, definidos os objetivos da presente investigação e selecionados os instrumentos adequados, foi solicitada autorização à Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga para a realização da presente investigação, da qual, o parecer (CE-P11-17) foi favorável com salvaguarda de algumas condições de cariz ético (Anexo 1).

Por forma a proceder à utilização da bateria de testes acima enlencada foram enviados pedidos de autorização aos autores das versões portuguesas dos instrumentos, via *e-mail* (Apêndice C). Simultaneamente, e com o objetivo de contornar uma das principais dificuldades, a disponibilidade de tempo para a realização desta investigação, foi enviado um pedido formal de autorização à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), antiga Direção-Geral dos Serviços Prisionais (extinta segundo Decreto-Lei n.º 215/2012, de 28 de setembro, alterado pela Declaração de Retificação n.º 63/2012, de 9 de novembro) por forma a recolher os dados em estudo (Apêndice D).

Sob gestão da DGRSP, o sistema prisional português, integra um total de 51 Estabelecimento Prisionais (EP), subdivididos em EP para a execução de medidas privativas de liberdade, centrais, regionais e EP especiais. Quanto à segurança, são classificados como EP especial, de alta segurança e de segurança média. O recrutamento teve lugar em três EP portugueses, sendo um deles classificado como Estabelecimento Prisional de Alta Segurança (EPAS) e os dois restantes como Estabelecimentos Prisionais de Caráter Preventivos (EPCP).

Os participantes do EPAS foram recrutados nas consultas de psicologia, na participação de algum programa iniciado no EP ou de forma aleatória convidados a participar (contacto direto). Nos EPCP<sub>a</sub> e EPCP<sub>b</sub>, foi previamente enviado um e-mail aos respetivos diretores dos estabelecimentos para planificar o processo da recolha de dados. Em cada EPCP foi afixada informação acerca do projeto de investigação para que os indivíduos se pudessem inscrever. Os participantes foram recrutados aleatória e voluntariamente.

Os participantes não receberam qualquer compensação por participar, mas foi dada a opção de receberem os resultados caso o solicitassem. Todos os sujeitos foram informados que os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins de investigação, estando garantida a confidencialidade dos mesmos. Contudo, foi pedido que assinassem um consentimento

informado onde constava que a sua participação seria voluntária, podendo desistir do estudo a qualquer momento. Os critérios de seleção incluíram sujeitos (masculinos) com mais de 18 anos e que estivessem em cumprimento de pena, privados da liberdade.

Os testes foram administrados em espaços calmos, cedidos por cada EP. Nos EPCP<sub>a</sub> e EPCP<sub>b</sub>, os testes foram administrados em grupo com a duração aproximada de duas horas. No EPAS, cada sujeito foi avaliado individualmente com duração aproximada de uma hora e meia. Todos os indivíduos receberam instruções de preenchimento de cada questionário e disponibilizado tempo de modo a possibilitar o esclarecimento de eventuais dúvidas.

A recolha de dados decorreu de 9 de janeiro de 2017 a 22 de março de 2017.

### **Análise Estatística**

Para o tratamento e a realização das análises estatísticas recorremos ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 para *Macbook* com a macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2013). Na fase inicial da análise, procedemos à análise exploratória de dados, incidindo sobre as frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para as variáveis qualitativas, sobre a média (*M*), o desvio-padrão (*DP*) e os valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas. A consistência interna de todas as medidas em estudo foi estimada através do coeficiente alfa de Cronbach. A avaliação da normalidade dos dados da amostra foi analisada através da sua semelhança com uma distribuição normal (teste de Shapiro-Wilk<sup>4</sup>), da assimetria da distribuição (*Skewness*) e da existência de um ponto central (Kurtosis). O estudo da correlação foi realizado pelo coeficiente de Pearson (variáveis com distribuição normal). Procedeu-se previamente à análise dos *outliers* (valores extremos), o que permitiu identificar alguns valores, os quais foram retirados, seguindo as diretrizes de Tabachnick e Fidell (2007). Os *outliers* produzem erros de estimativa quer na posição (enviesamento) quer na dispersão (aumento da imprecisão) (Espírito-Santo e Daniel, 2017). Detetámos 12 valores extremos no BSI e dois valores extremos no total da Desejabilidade Social. Assim, procedeu-se à sua alteração para o valor imediatamente abaixo, para não comprometer as análises estatísticas realizadas (Tabachnick e Fidell 2007). O teste *t* de Student para variáveis contínuas para comparações de dois grupos e as análises de variância (ANOVA) para variáveis contínuas com três ou mais grupos. Consideraram-se

---

<sup>4</sup> O teste de Shapiro-Wilk tem sido apontado como sendo mais potente que o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade (Razali e Wah, 2011).

estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo valor de  $p$  do teste fosse inferior ou igual a 0,05 (Marôco, 2011). Com a finalidade de testar o possível efeito mediador da autocompaixão e da desejabilidade social, foram realizadas regressões múltiplas diretas e mediações através da macro PROCESS, versão 2.16.3 para o SPSS (modelo 4; Hayes, 2013). O poder preditivo das variáveis em estudo foi avaliado, depois de controlar a possibilidade das variáveis sociodemográficas revelarem resultados significativos. As variáveis mediadoras foram escolhidas com base em critérios metodológicos e teóricos. Foram explorados seis objetivos. No primeiro objetivo foi verificado se a SCS mediava a relação entre a psicopatologia primária e o IGS. No segundo, foi explorado se a DS mediava a relação entre as experiências traumáticas e o IGS. Quanto aos restantes objetivos, foram realizadas, a título exploratório, as análises com a psicopatologia primária, secundária e experiências traumáticas (Apêndice E). Para determinar a significância dos efeitos indiretos e fornecer estimativas fortes contra distribuições não normais, foi utilizado o procedimento de Hayes (Hayes, 2013), que sugere utilizar o método de *bootstrapping* para calcular o intervalo de confiança para efeitos indiretos. Esta técnica gera uma representação empírica da distribuição da amostra. Pelo procedimento de reamostragem, com reposição, e repetidas vezes, uma nova amostra é formada a cada reamostragem, envolvendo 1000 amostras. As variáveis mediadoras são consideradas significativas quando os intervalos de confiança de 95% entre os limites inferior e superior não contêm o valor zero (Hayes, 2013).

## **Resultados**

Neste ponto apresentam-se os resultados decorrentes da análise estatística dos dados recolhidos.

Preliminarmente, verificámos que a técnica de recrutamento teve influência somente sobre as pontuações da TEC ( $[F_{(2, 126)} = 11,655; p < 0,001]$ ). Os sujeitos que indicaram mais experiências traumáticas foram os recrutados através de consulta ( $M = 7,00; DP = 3,53$ ) *versus* os recrutados através de mural ( $M = 3,37; DP = 2,86$ ), não havendo diferença significativa nas demais comparações (correção de Bonferroni:  $p > 0,017$ ). O mesmo aconteceu relativamente à forma de administração que correspondeu ao tipo de EP ( $t_{(127)} = 4,24; p < 0,001$ ), com os que foram avaliados individualmente a indicar mais experiências traumáticas ( $M = 6,02; DP = 3,87$ ) *versus* os avaliados grupalmente ( $M = 3,46; DP = 2,95$ ).

Na Tabela 4 podemos verificar as pontuações médias e os desvios padrão correspondentes aos instrumentos utilizados no nosso estudo. Nos sintomas psicopatológicos, a pontuação média do IGS foi de 0,92 ( $DP = 0,47$ ), destacando-se a subescala *Ideação paranoide* com a maior pontuação ( $M = 1,51$ ;  $DP = 0,67$ ). Na Psicopatia, a subescala *Primária* foi destacada por apresentar a pontuação mais elevada ( $M = 33,4$ ;  $DP = 7,15$ ). No que concerne ao total da SCS, a pontuação média total foi de 87,2 ( $DP = 9,54$ ), na qual a subescala *Calor-Compreensão* se destaca com a maior pontuação ( $M = 16,4$ ;  $DP = 3,97$ ). A pontuação média do total da TEC foi de 4,66 ( $DP = 3,64$ ). No que respeita ao total da DS, a pontuação média foi de 18,4 ( $DP = 2,43$ ).

**Tabela 4**

*Intensidade dos Sintomas Psicopatológicos (BSI), da Psicopatia, da Autocompaixão (SCS), das Experiências Traumáticas (TEC) e da Desejabilidade Social (DS) numa amostra de reclusos portugueses (N = 128)*

Instrumentos	Subescalas	M	DP	Mín - Máx
BSI	Somatização	0,62	0,61	0,00 - 3,00
	Obsessões-Compulsões	1,05	0,60	0,00 - 2,50
	Sensibilidade Interpessoal	0,95	0,62	0,00 - 2,75
	Depressão	1,01	0,70	0,00 - 3,00
	Ansiedade	0,85	0,66	0,00 - 3,5
	Hostilidade	0,86	0,73	0,00 - 3,60
	Ansiedade Fóbica	0,32	0,46	0,00 - 2,00
	Ideação Paranoide	1,51	0,67	0,00 - 3,40
	Psicoticismo	0,97	0,65	0,00 - 2,80
	Índice Geral de Sintomas	0,92	0,47	0,04 - 2,37
Psicopatia	Primária	33,4	7,15	16,00 - 51,00
	Secundária	21,1	4,13	10,00 - 32,00
SCS	Calor-Compreensão	16,4	3,97	8,00 - 25,00
	Auto-Critica	16,1	3,25	9,00 - 25,00
	Condição-Humana	14,1	3,07	6,00 - 20,00
	Isolamento	14,0	2,999	6,00 - 20,00
	Mindfulness	14,1	2,90	6,00 - 20,00
	Sobreidentificação	13,98	2,73	8,00 - 20,00
	Total	87,2	9,54	67,00 - 116,00
TEC	Total	4,66	3,64	0,00 - 15,0
DS	Total	18,4	2,43	13,0 - 25,0

Nota. M = média; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo.

Na Tabela 5 é possível verificar as diferenças nas pontuações médias dos instrumentos entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas. Assim, o total da TEC variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função do estado civil, tendo os reclusos

*solteiros* pontuações mais altas; o total da DS variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função do estado civil, com as pontuações superiores a ocorrerem no grupo dos *casados*; e o total da SCS variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função da escolaridade, com as pontuações mais altas a ocorrerem no grupo do ensino superior. A Psicopatia Primária variou de forma estatisticamente significativa ( $p = 0,05$ ) em função da escolaridade, tendo o grupo dos analfabetos pontuações mais altas. Nas demais variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 5**

*Variação das Pontuações das Variáveis em Estudo em função das Variáveis Sociodemográficas (N = 128)*

		IGS		PP		PS		SCS		TEC		DS	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Idade</b>	19-29	0,52	0,26	35,8	6,59	21,4	4,61	86,3	8,58	5,25	4,47	18,6	2,64
	30-49	0,51	0,29	32,9	7,07	21,3	3,73	87,1	9,57	4,67	3,77	18,6	2,35
	50-59	0,36	0,28	33,6	8,32	19,6	4,95	88,3	8,50	2,82	2,64	16,7	2,24
	60-69	0,51	0,38	28,0	6,36	19,6	6,07	94,0	15,8	5,20	3,96	18,0	2,00
	ANOVA: F; <i>p</i>	0,94; 0,42		2,16; 0,096		0,82; 0,49		0,97; 0,41		1,23; 0,30		2,06; 0,11	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro <sup>a</sup>	0,91	0,49	34,3	6,97	21,5	3,97	87,1	8,81	4,95	3,84	18,4	2,63
	Casado <sup>b</sup>	0,95	0,43	30,9	7,15	20,1	4,43	87,9	11,5	3,85	2,92	18,5	1,74
	<i>t</i> de Student; <i>p</i>	0,33; 0,16		2,43; 0,83		1,75; 0,23		0,41; 0,11		1,51; 0,04		0,37; 0,01	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	0,54	0,24	38,6	4,96	24,4	4,47	79,0	6,83	2,00	2,08	18,0	3,00
	Ensino Básico	0,46	0,28	33,9	6,83	20,9	3,92	88,4	9,05	4,55	3,44	18,4	2,25
	Ensino Secundário	0,58	0,30	32,0	7,42	21,1	4,26	85,9	10,2	5,38	4,00	18,7	2,78
	Ensino Superior	0,41	0,31	29,0	8,39	19,8	4,71	92,3	8,82	4,33	4,13	17,5	1,38
	ANOVA: F; <i>p</i>	1,68; 0,18		2,75; 0,05		1,76; 0,16		3,08; 0,03		1,83; 0,14		0,51; 0,68	
<b>Nível socio-económico</b>	Baixo	0,53	0,29	34,7	6,43	22,4	4,17	87,9	10,1	4,02	3,76	18,2	2,33
	Médio Inferior	0,50	0,28	32,7	7,71	20,7	4,30	86,3	10,0	5,14	3,47	18,9	2,24
	Médio Superior	0,46	0,32	32,5	7,29	20,0	3,25	87,8	6,76	4,46	3,69	17,5	2,84
	Superior	0,35	0,18	35,0	5,20	19,0	3,00	92,3	13,8	6,67	4,62	19,0	1,73
	ANOVA: F; <i>p</i>	0,61; 0,61		0,85; 0,47		2,45; 0,07		0,55; 0,65		1,12; 0,34		2,24; 0,09	

*Nota.* IGS = Índice Geral de Sintomas pertencente ao *Brief Symptom Inventory*; PP = Psicopatia Primária; PS = Psicopatia Secundária; SCS = *Self Compassion Scale*; TEC = *Traumatic Experience Checklist*; DS = *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*.

<sup>a</sup> Nunca casado, divorciado, separado e viúvo; <sup>b</sup> Casado ou união de facto.

\* *p* = nível de significância estatística; M = média; DP = desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student; ANOVA (*F*) = Análise de Variância.

Na Tabela 6 apresentamos as diferenças das pontuações médias dos instrumentos entre os grupos definidos pelas variáveis clínicas. Como se pode observar pela Tabela 6, o IGS variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função do acompanhamento psicológico prévio, com as pontuações superiores nos indivíduos que não tiveram esse acompanhamento; a DS variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função do acompanhamento psicológico

atual, sendo os indivíduos que não são acompanhados atualmente com maiores pontuações; o IGS e o total da TEC variaram de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função da medicação e da infância de maus tratos, sendo os indivíduos medicados e que sofreram maus tratos na infância pontuações mais altas; e o total da DS variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função dos maus tratos na infância e autodano, com as pontuações mais altas a ocorrerem nos indivíduos que sofreram maus tratos na infância e que infligiram dor neles próprios. Nas demais variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 6**

*Variação das Pontuações das Variáveis em Estudo em função das Variáveis Clínicas (N = 128)*

		IGS <sup>a</sup>		PP <sup>b</sup>		PS <sup>c</sup>		SCS <sup>d</sup>		TEC <sup>e</sup>		DS <sup>f</sup>	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Acompanhamento Psicológico Prévio</b>	Sim	0,89	0,39	33,8	7,01	21,3	3,84	87,3	8,62	5,02	3,96	18,0	2,61
	Não	0,94	0,51	33,2	7,27	21,0	4,30	87,3	10,1	4,45	3,46	18,6	2,31
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	0,53; 0,02		0,46; 0,77		0,42; 0,75		0,02; 0,51		0,85; 0,81		1,24; 0,38	
<b>Acompanhamento Psicológico Atual</b>	Sim	0,99	0,52	33,4	6,70	21,1	4,03	86,8	9,60	6,27	3,81	18,2	3,04
	Não	0,90	0,45	33,4	7,37	21,2	4,19	87,5	9,57	4,00	3,38	18,5	2,14
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	0,97; 0,30		0,04; 0,56		0,06; 0,75		0,39; 0,91		3,32; 0,65		0,62; 0,01	
<b>Medicação</b>	Sim	1,01	0,53	34,4	6,58	21,9	4,03	86,4	8,98	5,00	3,61	18,6	2,46
	Não	0,84	0,40	32,5	7,55	20,5	4,13	88,1	10,0	4,35	3,67	18,3	2,40
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	2,10; 0,02		1,53; 0,68		1,89; 0,52		0,99; 0,56		1,00; 0,76		0,66; 0,82	
<b>Historial de Toxicodependência</b>	Sim	1,01	0,47	33,9	6,41	21,9	3,57	86,3	9,36	5,33	3,81	19,1	2,58
	Não	0,84	0,47	32,9	7,80	20,5	4,50	88,2	9,70	4,04	3,40	17,7	2,07
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	2,13; 0,92		0,70; 0,07		1,93; 0,09		1,11; 0,75		2,01; 0,39		3,48; 0,12	
<b>Historial de Consumo de Alcool</b>	Sim	0,90	0,44	32,5	7,51	21,0	3,36	86,2	6,81	4,50	3,73	18,9	2,39
	Não	0,93	0,49	33,7	7,06	21,2	4,35	87,6	10,2	4,70	3,63	18,3	2,43
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	0,27; 0,50		0,78; 0,49		0,16; 0,16		0,70; 0,07		0,27; 0,95		1,21; 0,92	
<b>Infância de Maus Tratos</b>	Sim	1,09	0,54	33,6	5,91	22,5	4,22	83,5	9,95	8,15	5,18	19,8	3,29
	Não	0,90	0,46	33,4	7,30	20,9	4,11	87,7	9,45	4,26	3,23	18,2	2,27
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	1,37; 0,45		0,12; 0,24		1,22; 0,57		1,51; 0,72		3,85; 0,01		2,31; 0,04	
<b>Auto-dano</b>	Sim	0,99	0,44	30,8	5,82	21,7	3,56	82,9	7,70	5,29	3,00	18,9	2,93
	Não	0,90	0,48	34,1	7,34	20,9	4,28	88,5	9,69	4,48	3,80	18,3	2,26
	<i>t</i> Student; <i>p</i>	0,91; 0,62		2,25; 0,12		0,83; 0,58		2,79; 0,30		1,04; 0,11		1,13; 0,04	

Nota. <sup>a</sup> IGS = Índice Geral de Sintomas pertencente ao *Brief Symptom Inventory*; <sup>b</sup> PP = Psicopatía Primária; <sup>c</sup> PS = Psicopatía Secundária; <sup>d</sup> SCS = *Self Compassion Scale*; <sup>e</sup> TEC = *Traumatic Experience Checklist*; <sup>f</sup> DS = *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*

\* *p* = nível de significância estatística; M = média; DP = desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student; ANOVA (*F*) = Análise de Variância.

Na Tabela 7 podemos verificar as diferenças nas pontuações médias dos instrumentos entre os grupos definidos pelas variáveis prisionais. Verificámos estatísticas significativas no

que diz respeito à variável prisional “Crimes contra as pessoas” na Psicopatía Primária ( $p < 0,05$ ); o total da TEC variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função dos “Crimes contra as pessoas”, dos “Crimes contra o património”, no número total de crimes atuais e na duração do cumprimento de pena. Nas demais variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 7**

*Variação das Pontuações das Variáveis em Estudo em função das Variáveis Prisionais (N = 128)*

		IGS <sup>a</sup>		PP <sup>b</sup>		PS <sup>c</sup>		SCS <sup>d</sup>		TEC <sup>e</sup>		DS <sup>f</sup>	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Antecedentes</b>	Sim	0,99	0,47	34,1	6,86	21,6	3,86	86,0	9,28	5,05	3,79	18,8	2,36
<b>Criminais</b>	Não	0,82	0,47	32,4	7,52	20,4	4,44	89,2	9,71	4,06	3,35	17,7	2,39
	<i>t Student; p</i>	2,01; 0,67		1,34; 0,42		1,68; 0,41		1,86; 0,97		1,52; 0,22		2,53; 0,91	
<b>Crimes contra as pessoas</b>	Sim	0,82	0,43	34,1	8,57	21,3	4,26	88,5	8,48	5,68	4,16	18,5	2,53
	Não	0,97	0,49	33,0	6,31	20,8	3,88	86,7	10,1	4,12	3,24	18,4	2,38
	<i>t Student; p</i>	1,74; 0,30		0,83; 0,01		0,73; 0,90		0,99; 0,71		2,35; 0,01		0,27; 0,74	
<b>Crimes contra a vida em sociedade</b>	Sim	0,86	0,40	34,9	7,61	20,4	4,13	89,5	8,76	5,65	4,21	18,2	2,55
	Não	0,95	0,50	32,8	6,94	21,4	4,12	86,5	9,74	4,30	3,37	18,5	2,39
	<i>t Student; p</i>	0,94; 0,29		1,48; 0,73		1,25; 0,62		1,60; 0,78		1,87; 0,10		0,46; 0,69	
<b>Crimes contra o património</b>	Sim	0,90	0,48	32,6	6,58	20,5	3,83	88,0	10,7	5,53	4,03	18,6	2,45
	Não	0,94	0,47	34,1	7,59	21,7	4,32	86,7	8,44	3,91	3,11	18,2	2,41
	<i>t Student; p</i>	0,45; 0,79		1,17; 0,33		1,61; 0,32		0,78; 0,06		2,55; 0,04		0,77; 0,97	
<b>Crimes de estupefacientes</b>	Sim	0,99	0,47	34,3	6,20	21,6	3,84	85,2	8,81	4,49	3,73	18,6	2,33
	Não	0,87	0,47	32,8	7,70	20,8	4,30	88,7	9,81	4,77	3,60	18,3	2,49
	<i>t Student; p</i>	1,48; 0,77		1,19; 0,16		1,13; 0,38		2,06; 0,26		0,42; 0,54		0,79; 0,63	
<b>Crimes contra o estado</b>	Sim	0,70	0,41	35,7	7,23	21,1	2,59	90,8	10,8	5,88	3,83	18,7	2,73
	Não	0,95	0,47	33,1	7,11	21,2	4,31	86,8	9,30	4,48	3,60	18,4	2,39
	<i>t Student; p</i>	2,06; 0,47		1,38; 0,55		0,08; 0,06		1,58; 0,32		1,44; 0,93		0,51; 0,22	
<b>Número total de crimes atuais</b>	1-3	0,52	0,28	33,3	7,34	21,4	4,40	87,4	9,72	4,16	3,37	18,3	2,42
	4-6	0,49	0,29	32,5	6,72	20,8	3,79	87,9	10,3	5,00	3,45	18,8	2,09
	> 7	0,38	0,31	34,8	6,82	20,1	2,66	86,1	7,93	7,06	4,55	18,8	2,88
	ANOVA (F); p	1,60; 0,21		0,44; 0,64		0,72; 0,49		0,16; 0,86		4,68; 0,01		0,54; 0,61	
<b>Duração do cumprimento de pena</b>	< 1A <sup>g</sup>	0,65	0,29	33,3	7,56	21,2	4,40	85,3	10,3	4,74	3,15	18,3	2,22
	[1-5[ A	0,49	0,27	32,2	5,48	21,3	4,25	86,7	9,48	2,91	2,70	18,3	2,68
	[5-10[ A	0,48	0,27	34,3	7,42	22,1	4,63	87,7	10,1	4,41	3,39	18,4	1,72
	[10-20[ A	0,46	0,28	33,9	7,96	20,5	3,66	88,3	8,40	6,68	4,24	18,4	2,87
	≥ 20 A	0,38	0,37	33,4	8,76	19,7	2,54	90,3	10,6	5,00	3,68	19,0	2,58
	ANOVA (F); p	2,18; 0,08		0,39; 0,81		0,93; 0,45		0,64; 0,63		5,01; 0,00		0,18; 0,95	

Nota. <sup>a</sup> IGS = Índice Geral de Sintomas pertencente ao *Brief Symptom Inventory*; <sup>b</sup> PP = Psicopatía Primária; <sup>c</sup> PS = Psicopatía Secundária; <sup>d</sup> SCS = *Self Compassion Scale*; <sup>e</sup> TEC = *Traumatic Experience Checklist*; <sup>f</sup> DS = *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*; <sup>g</sup> Anos.

\*  $p$  = nível de significância estatística; M = média; DP = desvio-padrão;  $t$  = Teste  $t$  de Student; ANOVA (F) = Análise de Variância.

A Tabela 8 apresenta a matriz de correlações<sup>5</sup> de Pearson entre as seis variáveis em estudo. A análise das correlações revela que o IGS se correlacionou de forma positiva, ainda que de baixa magnitude, com a Psicopatía Secundária, a TEC e a DS e de forma negativa, também de baixa magnitude, com a SCS. Já a Psicopatía Primária apenas se correlaciona, de forma positiva e de magnitude moderada, com a Psicopatía Secundária. Quanto à Psicopatía Secundária verificam-se correlações moderadas, de forma positiva, com a DS e de forma negativa, também de magnitude moderada, com a SCS. Por sua vez, a TEC correlacionou-se com a DS, de forma positiva e de baixa magnitude.

**Tabela 8**

*Correlações de Pearson entre o Índice Geral de Sintomas (IGS) do Brief Symptom Inventory, Psicopatía Primária e Secundária, o total da Self Compassion Scale (SCS), o total da Traumatic Experiences Scale (TEC) e o total da versão curta da Marlowe-Crowne Desirability Scale (DS)*

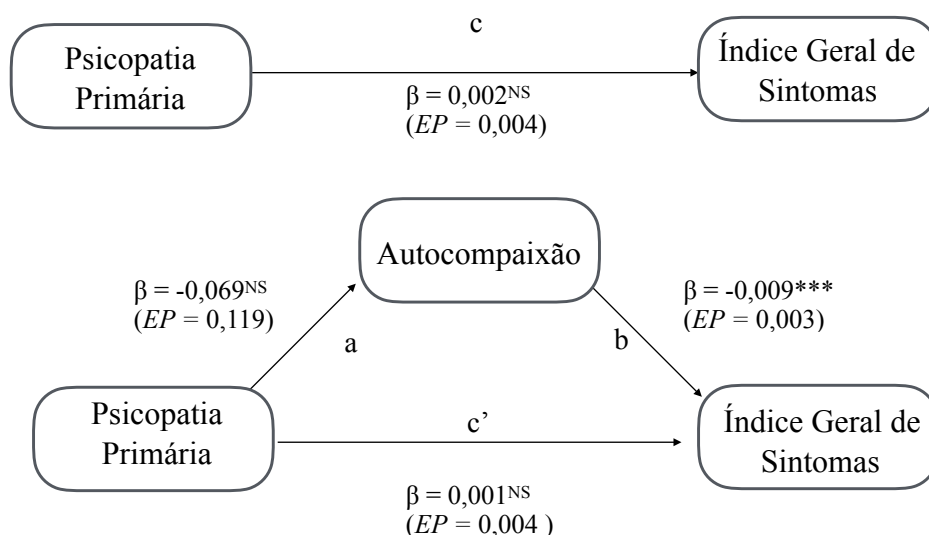
Medidas	1	2	3	4	5	6
1. IGS	—	0,04	0,29**	-0,29**	0,19*	0,26**
2. Psicopatía Primária		—	0,42**	-0,036	0,09	0,13
3. Psicopatía Secundária			—	-0,42**	0,08	0,31**
4. SCS total				—	0,06	-0,26**
5. TEC total					—	0,28**
6. DS total						—

Nota. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;

Com o objetivo de verificar o possível efeito mediador da SCS na relação entre a Psicopatía Primária e o IGS, conduzimos uma análise de regressão baseada em quatro passos diferentes: 1) Confirmar o significado da relação entre a variável independente (psicopatía primária) e a variável dependente (IGS), ou seja, realizar uma análise de regressão entre a psicopatía primária enquanto variável preditora e a sintomatologia psicopatológica, como variável dependente (Figura 2, seta c); 2) Confirmar o significado da relação entre a psicopatía primária (variável independente) e a SCS (variável mediadora) (Figura 2, seta a); 3) Confirmar o significado da relação entre a SCS (variável mediadora) e a variável dependente (IGS) na presença da psicopatía primária (variável independente) (Figura 2, seta b); e 4) Confirmar a redução significativa do efeito da relação entre a variável independente (psicopatía primária) e a variável dependente (IGS) na presença da mediadora (SCS) (Figura

<sup>5</sup> Na avaliação da magnitude das correlações, optaram-se pelos critérios de Pallant (2011): Baixa ( $r = 0,10$  a  $0,29$ ); Moderada ( $r = 0,30$  a  $0,49$ ); Elevada ( $r = 0,50$  a  $1$ ).

2, seta c'). Assim, considerámos que existe um efeito mediador da SCS se a Psicopatia Primária se relacionar de forma significativa com a SCS. A Figura 2 mostra o resultado da análise, verificando-se que o efeito de interação entre a Psicopatia Primária (variável independente) e a SCS (variável mediadora) sobre o IGS não foi significativo.

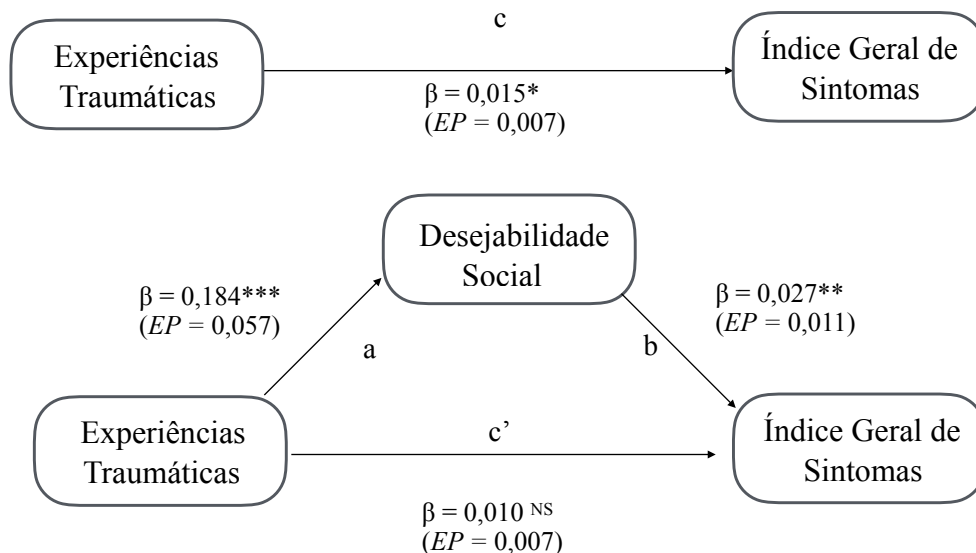


**Figura 2.** Modelo de Mediação Final da Autocompaixão como variável mediadora na relação entre a Psicopatia Primária e o Índice Geral de Sintomas ( $N = 128$ ). *Nota.*  $\beta$  = coeficientes não padronizados da regressão simples; EP = erros padrão. <sup>NS</sup> Não significativo; <sup>\*\*</sup>  $p < 0,01$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0,001$ .

O modelo explicou que o efeito total da Psicopatia Primária no IGS não foi significativo,  $\beta = 0,002$ ;  $t_{(126)} = 0,474$ ;  $p = 0,636$ . O efeito direto da Psicopatia Primária no IGS também não foi significativo,  $\beta = 0,001$ ;  $t_{(125)} = 0,3199$ ;  $p = 0,7495$ . O processo de mediação mostrou, igualmente, que o efeito da Psicopatia Primária na SCS não foi significativo,  $\beta = -0,069$ ;  $t_{(126)} = -0,579$ ;  $p = 0,563$ . Por sua vez, a SCS predizia o IGS, de forma significativa,  $\beta = -0,009$ ;  $t_{(125)} = -3,344$ ;  $p < 0,001$ , na presença da Psicopatia Primária. Também encontramos evidências de um efeito indireto da psicopatia primária no IGS,  $\beta = 0,001$ ;  $p = 0,64$ , por meio da SCS. Após a realização do teste de Sobel, verificámos que não existe, de facto, uma mediação completa no modelo ( $z = 0,5476$ ;  $p = 0,5839$ ). Apurámos então que a SCS não mediou a relação entre o IGS e a Psicopatia Primária.

Consequentemente, com o objetivo de verificar o possível efeito mediador da DS na relação entre a TEC e o IGS, conduzimos uma análise de regressão baseada nos quatro passos acima mencionados com alteração das variáveis em estudo. Utilizámos a DS como variável mediadora; a TEC como variável independente; e o IGS como variável dependente. A Figura 3

apresenta o resultado da análise, verificando-se que o efeito de interação entre as Experiências Traumáticas (variável independente) e a Desejabilidade Social (variável mediadora) sobre o Índice Geral de Sintomas é significativo a um intervalo de confiança de 95%, não incluindo o zero.



**Figura 3.** Modelo de Mediação Final da Desejabilidade Social como variável mediadora na relação entre as Experiências Traumáticas e o Índice Geral de Sintomas ( $N = 128$ ). Nota.  $\beta$  = coeficientes não padronizados da regressão simples; EP = erros padrão. <sup>NS</sup> Não significativo; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

O modelo final explicou que o efeito total da TEC no IGS foi significativo,  $\beta = 0,015$ ;  $t_{(126)} = 2,19$ ;  $p < 0,05$  [ $F_{(1,126)} = 4,82$ ;  $p < 0,05$ ;  $R^2 = 0,37$ ], e o efeito direto da TEC no IGS não foi significativo,  $\beta = 0,010$ ;  $t_{(125)} = 1,47$ ;  $p = 0,147$ . O efeito da TEC na DS também foi significativo [ $\beta = 0,184$ ;  $t_{(126)} = 3,22$ ;  $p < 0,001$ ;  $F_{(1,126)} = 10,39$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,08$ ]. O processo de mediação mostrou, igualmente, que a DS predizia o IGS, de forma significativa [ $\beta = 0,027$ ;  $t_{(125)} = 2,51$ ;  $p = 0,013$ ], na presença da TEC. Também encontrámos evidências de um efeito indireto da TEC no IGS,  $\beta = 0,005$ ;  $p = 0,30$ , por meio da DS. Após a realização do teste de Sobel, apurámos a existência de uma mediação completa no modelo ( $z = 1,9234$ ;  $p = 0,054$ ). Verificou-se que a DS mediou completamente a relação entre o IGS e a TEC.

## **Discussão**

A presente investigação foi desenvolvida com o objetivo de contribuir para o enriquecimento do estudo da população reclusa portuguesa. Primeiramente, procurou-se analisar a intensidade dos Sintomas Psicopatológicos, da Psicopatia, do nível de AutoCompaixão, do número de Experiências Traumáticas e nível da Desejabilidade Social. Posteriormente, foi verificado se as variáveis supramencionadas variavam de forma significativa em função das variáveis sociodemográficas, clínicas e prisionais. Foram ainda realizadas análises de mediação procurando compreender o papel das variáveis relevantes (mediadoras), na relação entre as variáveis predisponentes e variáveis de desfecho, mediante revisão bibliográfica realizada. Por fim, foi verificado se a psicopatia e as experiências traumáticas são fatores de risco dos sintomas psicopatológicos.

É importante salientar que a amostra em estudo é constituída somente por indivíduos do sexo masculino inseridos num processo de cumprimento de pena de prisão (efetiva ou preventiva) consequente de tipologias de crime distintas. Para além desta diferenciação, é necessário ainda sublinhar a tipologia dos locais de recolha de dados, sendo um deles EP de Alta Segurança e os dois restantes EP Preventivos. Assim, no EPAS é possível encontrar reclusos que cumprem pena efetiva de prisão no regime de segurança máxima (devido à tipologia de crime e/ou comportamento considerado perigoso), enquanto nos EPCP<sub>a</sub> e EPCP<sub>b</sub> a população prisional está, por norma, ao abrigo de uma medida preventiva e a aguardar julgamento. Estas características poderão tornar-se relevantes no que respeita à leitura e discussão dos resultados obtidos na presente investigação. Assim, e reconhecendo os desafios existentes perante o estudo da população prisional e mediante o acima apresentado, é possível interpretar de várias formas os resultados obtidos, devendo desta forma, serem analisados cuidadosamente.

Conjugando o primeiro e segundo objetivo, e quanto à desejabilidade social, é possível observar valores similares de desejabilidade social quando comparados com outros estudos com reclusos (Fisher e Parsons, 1962). A leitura deste resultado deverá ter em linha de conta, o possível impacto na condição de cumprimento de pena de prisão preventiva, e os fatores

associados às expectativas perante a eminência de julgamento em tribunal, pois o bom comportamento poderá determinar a reclusão posterior. O mesmo poderá verificar-se a na condição de cumprimento de pena de prisão efetiva, existindo a possibilidade de saídas precárias que poderão participar como motivação para um comportamento socialmente aceitável. A desejabilidade social varia em função do estado civil, sendo os indivíduos casados e/ou em união de facto que pontuam mais alto. Nas variáveis clínicas, existe maior desejabilidade social em indivíduos que não têm acompanhamento psicológico atual, que sofreram de maus tratos na infância e que apresentam comportamentos de autodano. Todas estas variáveis independentes apresentam em comum as relações interpessoais subjacentes, havendo a possibilidade da existência de um autoconceito negativo nas variáveis clínicas que expliquem as variações na desejabilidade social.

Na presente investigação e no que respeita ao estudo dos sintomas psicopatológicos, são obtidos resultados acima da média no índice geral de sintomas, no entanto, não se verificam valores acima do ponto de corte estabelecido para a população geral (Canavarro, 1999). É ainda de referir que a subescala de ideação paranoide se destaca das restantes e que segundo Canavarro (1999) se encontra associada à existência de medo da perda de autonomia, egocentrismo, suspeição, grandiosidade e delírios. Estas características poderão estar associadas à hostilidade, hipervigilância e desconfiança subjacentes às relações entre reclusos (Chong, 2013; Gonçalves, 1999, 2002). De notar que o instrumento utilizado para avaliação dos sintomas psicopatológicos é referente à semana que antecedeu ao seu preenchimento, ou seja, os indivíduos indicam o grau de cada sintoma em função da sua vivência na semana anterior. Assim, é de referir que a vida prisional é caracterizada por tarefas rotineiras, circunscritas aos mesmos espaços físicos e que diminuem o contacto com acontecimentos inesperados ou característicos da vida quotidiana comum, possivelmente minimizando os sintomas percebidos, o que poderá também justificar o resultado obtido. Verifica-se ainda impacto das variáveis clínicas nos sintomas psicopatológicos com os indivíduos que sofreram maus tratos na infância e que não tiveram acompanhamento psicológico prévio mas que, no entanto, apresentaram toma de medicação, obtiveram valores mais elevados. Estes resultados vão de encontro à revisão da literatura realizada, apontando as experiências traumáticas na infância como possíveis preditoras de psicopatologia (Maia e Seabra, 2007).

No que respeita à medida de psicopatia, e sendo nesta investigação um contributo tanto para o estudo deste construto, assim como, para a futura validação da *Levenson Self-Report Psychopathy Scale* em contexto prisional, será necessária uma leitura cuidadosa dos resultados obtidos (Barbosa et al. 2014). Verificou-se que a média da psicopatia primária é superior à média da psicopatia secundária. Este resultado não indica a existência de mais psicopatas primários, mas sim um possível maior número de traços de psicopatia classificada como primária, ou seja, marcados pela impulsividade, pelo calculismo, pela agressividade e sem manifestação de empatia. Estes resultados, ainda que interpretados de forma cautelosa vão de encontro com Barrat, Standford, Kent e Felthous (1997) e Gonçalves (1999), que referem a existência de maiores níveis de impulsividade em reclusos, estando ainda em concordância com alguns aspetos da subescala de ideação paranoide do BSI. As variáveis sociodemográficas e prisionais relacionam-se com a psicopatia primária sendo que indivíduos sem escolaridade apresentam pontuações mais altas nesta subescala, assim como, indivíduos cujo a tipologia de crime cometido é identificado como crime contra as pessoas. Os resultados obtidos em função das variáveis sociodemográficas e prisionais sugerem, em concordância com outros estudos (Innes, 2004) a possibilidade da existência de um percurso disfuncional a nível familiar e académico bem como a manifestação mais violenta de psicopatia resultar em comportamentos criminosos (Hare, Black e Walsh, 2003; Singh, Grann e Fazel, 2011; Skeem e Cooke, 2010) manifestado no presente estudo pelos crimes contra as pessoas. Estes resultados enfatizam ainda o debate deste conceito devido, não só às fragilidades da escala que consequentemente enfatizam a necessidade de um estudo mais extenso e com recurso a mais instrumentos de avaliação, nomeadamente de autorelato, mas também à complexidade do tema.

Ao ser analisada a autocompaixão em contexto prisional foi possível observar, no presente estudo, no que respeita ao total da escala da autocompaixão, uma média superior à apresentada por Castilho (2011) na população geral. É ainda possível observar resultados superiores em todas as subescalas, destacando-se as subescalas de Calor-Compreensão e de Autocriticismo, seguidas das escalas de Condição Humana e *Mindfulness*. A subescala de Calor-Compreensão corresponde a um estado compassivo, mais precisamente à capacidade de ser compreensivo e amável consigo mesmo, em oposição à escala de Autocriticismo. A presença dos valores mais elevados simultaneamente em subescalas que correspondem à autocompaixão e ao autojulgamento poderá, uma vez mais sugerir a presença de

desejabilidade social no preenchimento do protocolo. Adicionalmente coloca-se ainda a possibilidade de existir impacto do contexto prisional no desenvolvimento desta competência figurando nesta dualidade de resultados. De realçar que a existência de baixos níveis de autocriticismo não implica por si só a existência de autocompaixão. É ainda possível verificar alterações no que respeita à autocompaixão em função da escolaridade sendo que indivíduos com escolaridade mais alta apresentam resultados mais elevados.

As experiências traumáticas têm vindo a ser apresentadas como possíveis perdisponentes para o comprometimento da saúde mental dos indivíduos que as vivenciam. Na presente investigação foi observada uma média superior ao grupo não-clínico apresentado por Espírito-Santo e colaboradores (2013). Assim, verifica-se a existência de um elevado número de experiências traumáticas na população prisional. Em relação às variáveis sociodemográficas verificam-se resultados superiores no que respeita às experiências traumáticas em indivíduos solteiros, o que poderá revelar dificuldade em estabelecer/manter relações interpessoais ou amorosas. De forma expectável, esta dimensão também varia em função de variáveis clínicas como a história de maus tratos na infância, que por si só representa uma experiência traumática, e com a toma de medicação. É ainda possível verificar que indivíduos com um maior número de experiências traumáticas apresentam como variáveis prisionais, os crimes contra pessoas e contra o património, assim como um maior número total de crimes cometidos e uma maior duração do cumprimento de pena, apoiando desta forma a hipótese de as experiências traumáticas se apresentarem como variáveis relevantes nesta população e na persistência do comportamento criminoso.

Após a análise das variáveis em estudo na população prisional, foi ainda objetivo desta investigação compreender de que forma estas variáveis se relacionam entre si. Assim, foi possível observar que os sintomas psicopatológicos se correlacionam de forma positiva, ainda que de baixa magnitude, com a psicopatia secundária, as experiências traumáticas e desejabilidade social e de forma negativa, também de baixa magnitude, com a autocompaixão. Este resultado sugere, e de encontro com a literatura revista, a possível predisposição inerente às vivências traumáticas para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e de comportamentos de desejabilidade social (Maia e Seabra, 2007; Horwitz, Widom, McLaughlin e White, 2001). O recurso à autocompaixão como estratégia de autorregulação positiva para diminuir os sintomas psicopatológicos, é também suportado por

estes dados. Da mesma forma a psicopatia secundária, caracterizando-se pela existência, ainda que baixa, de empatia e sentimentos de culpa que poderão justificar a existência de sintomas psicopatológicos, consequentes de uma maior conscienciosidade do padrão comportamental. Já a psicopatia primária apenas se correlaciona, de forma positiva e de magnitude moderada, com a psicopatia secundária. Estes dados sugerem a existência de traços comuns nestas tipologias de psicopatia nomeadamente, e tal como referido por Karpman (1948), a irresponsabilidade, traços antissociais e comportamento hostil. Ainda nesta perspetiva, a psicopatia secundária relaciona-se de forma positiva, com magnitude moderada, com a desejabilidade social, possivelmente confirmando o desejo de aceitação social que, segundo Karpman (1948), caracteriza esta tipologia. A psicopatia secundária correlaciona-se negativamente, com magnitude moderada, com autocompaixão suportando a possibilidade do desenvolvimento deste sistema de regulação emocional poder ser útil nestes indivíduos. Note-se que a autocompaixão se correlaciona também de forma negativa, ainda que de magnitude baixa, com a desejabilidade social, parecendo desta forma promover uma maior aceitação das características individuais e indo de encontro com os resultados obtidos na psicopatia secundária. Por sua vez, as experiências traumáticas correlacionam-se também com a desejabilidade social, de forma positiva e de baixa magnitude, sendo desta forma coerente com o facto de as experiências traumáticas estarem associadas a sentimento de culpa e de vergonha (Anolli e Pascucci, 2005; Matos e Pinto-Gouveia, 2010) exprimindo possivelmente como comportamento compensatório a desejabilidade social.

No que concerne às análises de mediação, estas permitiram observar que a autocompaixão não medeia de forma total a relação entre a psicopatia primária e os sintomas psicopatológicos. No entanto, será importante realçar que a autocompaixão se encontra negativamente associada, e de forma significativa, aos sintomas psicopatológicos na presença de psicopatia primária. Este resultado sugere que mesmo não existindo uma relação mediadora total neste modelo, existe um impacto significativo da autocompaixão. Estes dados são suportados por estudos recentes (Rainforth, Alexander e Cavanaugh, 2003; Morley, 2015, 2017) que apontam a utilização de modelos contextuais como a Terapia Focada na Compaixão e o *Mindfulness*, em reclusos. A não obtenção de um efeito mediador total poderá também ser justificado pelo enviesamento dos resultados tendo por base a variável de desejabilidade social. Ao serem verificadas as correlações acima mencionadas, é possível

observar que a autocompaixão apenas se correlaciona, de forma negativa, com a desejabilidade social e que a psicopatia primária apenas se correlaciona com a psicopatia secundária. A existência de traços de psicopatia primária poderá por si só não coexistir com a manifestação de compaixão, ou seja, as características do perfil de psicopatia poderão figurar como um obstáculo à atitude compassiva. Segundo Neff (2003), a autocompaixão está diretamente ligada a sentimentos de compaixão pelos outros, o que nestes indivíduos parece ser dificultada pela baixa ou inexistência de empatia. Por sua vez, e recorrendo aos dezasseis traços de psicopatia apresentados por Cleckley (1941) e ao confrontá-los com as mentalidades sociais apresentadas por Gilbert (2005), poderá colocar-se novamente a hipótese de alguns destas variáveis serem divergentes.

Contrariamente, o modelo testado no qual a desejabilidade social é apresentada como mediadora da relação entre a vivência de experiência traumáticas e os sintomas psicopatológicos, revelou um efeito mediador total positivo. Este resultado sugere que a desejabilidade social é predita pela vivência de experiências traumáticas e por sua vez preditora do desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. A vivência de experiências traumáticas, que se apresentavam como preditoras significativas para os sintomas psicopatológicos, mostraram ter perdido significado na presença da desejabilidade social, confirmando assim o efeito mediador (Hayse, 2013).

A presente investigação apresenta limitações metodológicas que devem ser ponderadas para estudos posteriores. A amostra deste estudo foi constituída apenas por indivíduos do sexo masculino (aspeto comum aos estudos acerca desta população), sendo desta forma interessante a realização de estudos para a comparação dos resultados por sexos. Do mesmo modo, o desenvolvimento de estudos em função da tipologia de crime, bem como, em função da tipologia de EP poderá revelar-se pertinente. Outra das limitações é a aceitação na investigação. Esta limitação prende-se essencialmente com dois fatores: a aceitação da participação na investigação, que pode ter sido influenciada pela empatia construída na relação terapêutica, contribuindo para um enviesamento dos resultados e pelo facto da investigadora ser do sexo feminino e recente no EP. Tal como os nossos resultados indicaram, a forma de recrutamento (consulta, mural e contacto direto) e a forma de administração (em grupo ou individual), afectou a indicação do número de experiências traumáticas. Assim sugere-se, em estudos futuros, que estes aspectos sejam controlados. Deverá ainda ser

referido que os reclusos têm horários específicos para a realização de tarefas, existindo limitação de tempo para administrar o protocolo de avaliação. No contexto desta investigação, será ainda importante salientar que as pesquisas referentes ao estudo da personalidade, valores ou atitudes, são frequentemente realizadas com instrumentos de autorresposta, existindo assim a possibilidade de as respostas serem influenciadas ou enviesadas, pelo contexto no qual os participantes se encontram inseridos, e pela tendência de resposta de acordo com o que é socialmente aceitável. Contudo, estudos recentes têm apoiado a utilização de instrumentos de autorresposta na investigação com reclusos (Gonçalves e Gonçalves, 2012; Walters, 2005), apesar de existir sempre efeitos de desejabilidade, pois a tendência geral é minimizar ou negar os comportamentos. Em relação à subescala de psicopatia secundária, o baixo alfa Cronbach apresenta-se como uma limitação. Note-se no entanto que no estudo original a consistência interna foi também baixa quando comparada com a subescala de psicopatia primária (Levenson, 1995). Por esse motivo, sugere-se a revisão dos itens da escala e sua validação para a população geral e para a população forense.

Por fim, será ainda importante refletir no que poderá significar a desejabilidade social no contexto destes indivíduos, não só pelo possível enviesamento dos resultados, provavelmente devido ao método de recrutamento, mas também no dia a dia destes sujeitos fora do contexto prisional. Na revisão de literatura realizada, foi possível constatar que as experiências traumáticas precoces, nomeadamente a nível familiar, e o comportamento delinquente poderão estar presentes como indicadores de um futuro comportamento criminoso (Ardino, 2012; Innes, 2004; Moeller e Hell, 2003 ; Paíga, 2012). No entanto, associado a estes factos, poderemos também encontrar a desejabilidade social possivelmente figurando como a necessidade de aceitação do grupo e de inclusão na sociedade, consequente de um possível autoconceito negativo decorrente das experiências traumáticas. Esta procura de aceitação, neste contexto específico, poderá ainda estar na base da ação criminosa, ou seja, a violação de regras e leis ser também incitada pela obtenção de uma integração num grupo ou de um nível de vida próximo do que é expectável numa sociedade consumista. Assim, o resultado de um comportamento criminoso poderá ser multifatorial, no entanto a existência de traços de psicopatia a par com a vivência de experiências traumáticas resultante na necessidade de uma aceitação do outro poderá também promover este tipo de comportamentos. Não obstante, e ainda que não obtido um resultado de mediação total, a autocompaixão parece figurar como

uma estratégia de regulação emocional adaptativa, colocando-se em oposição a alguns traços apresentados como característicos tanto da psicopatia e da desejabilidade social, como do impacto das experiências traumáticas. Assim, e não sendo de nosso conhecimento a utilização de técnicas específicas que desenvolvam esta competência em reclusos, poderá ser interessante a promoção de uma atitude compassiva no processo terapêutico vigente nos EP portugueses, quer de caráter preventivo quer de caráter efetivo de cumprimento de pena. A reeinserção destes indivíduos na sociedade deverá abranger mais do que componentes educativas, profissionais ou sociais mas também abranger a saúde mental e o desenvolvimento de estratégias adaptativas por forma a prevenir a reincidência verificada e promover a existência de um percurso de vida saudável com impacto no próprio, na sua rede familiar e na sociedade.

### **Referências bibliográficas**

- Adams, C. J. e Krasnoff, A. G. (1989). Social desirability effects in male prisoners. *Journal of Research in Personality*, 23(4), 421-434. doi:10.1016/0092-6566(89)90012-3
- Anolli, L. e Pascucci, P. (2005). Guilt and guilt-proneness, shame and shame-proneness in Indian and Italian young adults. *Personality and Individual Differences*, 39, 763-773. doi: 10.1016/j.paid.2005.03.004
- Ardino, V. (2012). *Offending behaviour: The role of trauma and PTSD*. doi:10.3402/ejpt.v3i0.18968
- Ballard, R. (1992). Short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Psychological Reports*, 71, 1155-1160. doi:10.2466/pr0.1992.71.3f.1155
- Barbosa, F. Gonçalves, S. Almeida, P. R. Ferreira-Santos, F. e Marques-Teixeira, J. (2014). *The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRPS): Translation and adaptation to European Portuguese (LabReport No. 7)*. Porto: Laboratory of Neuropsychophysiology (University of Porto). Recuperado de: [http://www.fpce.up.pt/labpsi/data\\_files/09labreports/LabReport\\_7.pdf](http://www.fpce.up.pt/labpsi/data_files/09labreports/LabReport_7.pdf)
- Barratt, E. S. Stanford, M. S. Kent, T. A. e Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061. doi:10.1016/S0006-3223(96)00175-8
- Bintube, M. (2017). Crime, Deviance and Delinquency: Diversifying theoretical narratives and transition towards empirical research on boko haram. *International Journal of Sociology and Anthropology Research*, 3, 11-43.

- Bock, G. R. e Goode, J. A. (1996). *Genetics of criminal and antisocial behaviour*. Chichester, England: Wiley.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, e L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. Em M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves e L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, E. B. e Rusek, J. (2004). *Effects of Traumatic Experiences*. USVH Disease of the Week: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Recuperado de: <https://web.stanford.edu/group/usvh/stanford/misc/PTSD%20-%20Effects%20of%20Traumatic%20Experiences.pdf>
- Castilho, P. e Gouveia, J.P. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 203-230. doi: 10.14195/1647-8606\_54\_8
- Chong, C. (2013). Inmate-to-Inmate: Socialization, Relationships, and Community Among Incarcerated Men. *Berkeley Undergraduate Journal*, 26(2).
- Cleckley, H. (1988) *The Mask of Sanity* (5ª. ed.). St Louis: Mosby.
- Cooper, C. e Berwick, S. (2001). Factors affecting psychological well-being of three groups of suicide-prone prisoners. *Current Psychology*, 20(2), 169-182. doi: 10.1007/s12144-001-1025-0
- Crowne, D. e Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354. doi:10.1037/h0047358
- Crowne, D. P. e Marlowe, D. (1964). *The approval motive*. New York: Wiley.
- Cunha, M. Xavier, A. e Vitória, I. (2014). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 95-117.
- Davoglio, T. R. Gauer, G. J. C. Jaeger, J. V. H. e Tolotti, M. D. (2012). Personality and psychopathy: diagnostic implications in childhood and adolescence. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(3), 453-460. doi:10.1590/S1413-294X2012000300014
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3ª. ed.). Minneapolis: National Computers Systems.

- Duggan, C. e Howard, R. (2009). The 'functional link' between personality disorder and violence: A critical appraisal. In M. McMurrin e R. Howard (Eds.), *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach* (pp. 19-37). New York: Wiley-Blackwell.
- Espírito-Santo, H. Rocha, P. Gonçalves, L. Cassimo, S. Martins, L. e Xavier, M. (2013). 1544 - The Portuguese Traumatic Experiences Checklist (TEC): Psychometrics and prevalence of traumatic experiences. *European Psychiatry*, 28(Supp.1),1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76554-4
- Espírito-Santo, H. e Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 3(1), 53-64. doi:10.7342/ismt.rpics.2017.3.1.48.
- Fisher, M. e Parsons, T. H. (1962). The performance of male prisoners on the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 18(2), 140-141. doi: 10.1002/1097-4679(196204)18:2<140::AID-JCLP2270180209>3.0.CO;2-4
- Foa, E. B. Ehlers, A. Clark, D. M. Tolin, D. F. & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303. doi:10.1037/1040-3590.11.3.303
- Frechette, M. (1987). *Delinquances et delinquants*. Quebec: Gaetan Morin.
- Gao, Y. Raine, A. Chan, F. Venables, P. H. e Mednick, S. A. (2010). Early maternal and paternal bonding, childhood physical abuse and adult psychopathic personality. *Psychological Medicine*, 40(6), 1007-1016. doi:10.1017/S0033291709991279
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. Em P. Gilbert e K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13:353–379. doi:10.1002/cpp.507

- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, F. e Daffern, M. (2011). Illuminating the relationship between personality disorder and violence: Contributions of the General Agression Model. *Psychology of Violence*, 1, 230-244. doi:10.1037/a0024089
- Goetz, J. L. Keltner, D. e Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374. doi: 10.1037/a0018807
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão: da Intervenção para a prevenção*. Colectânea Monografias em Educação e Psicologia, Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho (1ª. ed.)
- Gonçalves, R. A. (2002). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto Editora
- Gonçalves, R. A. e Machado, C. (2005). *Psicologia forense*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, L. C. e Gonçalves, R. A. (2012). Aggressiveness, criminal lifestyle and prison adjustment. *Psicologia USP*, 23(3), 559-584. doi:10.1590/S0103-65642012005000013
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and individual Differences*, 1, 111-119. Doi:10.1016/0191-8869(80)90028-8
- Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quarterly*, 70, 181-197. doi:0033-2720/99/0900-0181
- Hare, R. D. (1993). *Without Conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York e London: The Guildford Press.
- Hare, R. D. Black, P. e Walsh, Z. (2013). The PCL-R: Forensic applications and limitations. In R. P. Archer e E. M. Archer (Eds.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (2ª. ed.) 230-265. New York, NY: Routledge.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press. doi:10.1111/jedm.12050
- Horwitz, A. V. Widom, C. S. McLaughlin, J. e White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 184-201
- Innes, M. (2004). Signal crimes and signal disorders: notes on deviance as communicative action. *The British Journal of Sociology*, 55(3), 335-353.
- Johnson, T. P. e Van de Vijver, F. J. (2003). Social desirability in cross-cultural research. *Cross-cultural survey methods*, 325, 195-204.

- Karpman, B. (1948). Conscience in the psychopath: Another version. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(3), 455-491. doi:10.1111/j.1939-0025.1948.tb05109.x
- Levenson, M. R. Kiehl, K. A. e Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158. doi:10.1037/0022-3514.68.1.151
- Maia, A. e Seabra, A. (2007). Experiências adversas, comportamentos de risco, queixas de saúde e preocupações modernas de saúde em universitários: Uma comparação entre diferentes licenciaturas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8, 167-180.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5ª.ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, A. M. M. B. (2010). *Esquemas mal-adaptativos precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em reclusas*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Meredith, T. e Mark, L. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10, 352-362.
- Matos, M. e Pinto Gouveia, J. (2010). *Shame as a Traumatic Memory*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312. doi: 10.1002/cpp.659
- McDavid, J. W. e McCandless, B. R. (1962). Psychological theory, research, and juvenile delinquency. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 53(1), 1-14.
- McCrae, R. R. e Costa, P. T. (1983). Social desirability scales: More substance than style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 882-888.
- McCrae, R. R. (1986). Well-being scales do not measure social desirability. *Journal of Gerontology*, 41(3), 390-392. doi:10.1093/geronj/41.3.390
- Moeller, A. A. e Hell, D. (2003). Affective disorder and „psychopathy“ in a sample of younger male delinquents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 203-207. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02377.x
- Moore, M. (2011). Psychological theories of crime and delinquency. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(3), 226-239.
- Morley, Richard H. (2015). “Violent Criminality and Self-Compassion.” *Aggression and Violent Behavior* 24: 226-240. doi:10.1016/j.avb.2015.05.017
- Morley, R. H. (2017). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 1-5. doi: 10.1007/s11896-017-9239-8

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. e McGeehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. e Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. Em *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). Springer New York.
- Nijenhuis, E. R. S. Van der Hart, O. e Vanderlinden, J. (1999). The Traumatic Experiences Checklist (TEC). Em E.R.S. Nijenhuis (ED.), *Somatiform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen, the Netherlands: Van Gorcum.
- Paíga, H.F.C. (2012). Comportamento antissocial e abandono escolar: da relação à prevenção. Trabalho apresentado para obtenção do grau de licenciatura em Criminologia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4.a ed.). Crows Nest NSW: Allen and Unwin.
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 598-609. doi:/10.1037/0022-3514.46.3.598
- Pechorro, P. Vieira, R. X. Poiars, C. e Marôco, J. (2012). Contributos para a validação duma versão curta da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne com adolescentes portugueses. *Arquivos de Medicina*, 26(3), 103-108
- Pereda, N. Jiménez-Padilla, R. e Gallardo-Pujol, D. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 39(2), 131-9.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391. doi:10.2307/2489828
- Pettijohn, T. F. (1977). Social Desirability among male prisoners and college students. *Psychological Reports*, 41, 110. doi:10.2466/pr0.1977.41.1.110
- Poythress, N. G. Skeem, J. L. e Lilienfeld, S. O. (2006). Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 288-297
- Rainforth, M.V. Alexander, C.N. e Cavanaugh, K.L. (2003). Effects of the transcendental meditation program on recidivism among former inmates of Folsom Prison: Survival

- analysis of 15-year follow-up data. *Journal of Offender Rehabilitation*, 36(1–4), 181–203. doi:10.1300/J076v36n01\_09.
- Razali, N. M. e Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.
- Roberts, A. e Coid, J. (2010). Personality disorder and offending behaviour. Findings from the national survey of male prisoners in England and Wales. *Journal of Forensic Psychiatry e Psychology*, 21, 221-237. doi:10.1080/14789940903303811
- Roustaei N, Jafari P, Sadeghi E, Jamali J. (2015). Evaluation of the relationship between social desirability and minor psychiatric disorders among nurses in southern Iran: A Robust Regression Approach. *IJCBNM*, 3(4):301-308
- Short, V. Lennox, C. Stevenson, C. Senior, J. e Shaw, J. (2012). Mental illness, personality disorder and violence: A scoping review. Manchester: Offender Health Research Network.
- Singh, J. Grann, M. e Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25.980 participants. *Clinican Psychology Review*, 31, 499-513. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.009.
- Skeem, J. L. e Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central componente of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22, 433-445. doi: 10.1037/a0008512
- Spitzer, C. Liss, H. Dudeck, M. Orlob, S. Gillner, M. Hamm, A. e Freyberger, H. J. (2003). Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 281-288. doi:10.1016/S0160-2527(03)00038-4
- Tabachnick, B. G. e Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>a</sup>. ed.). Boston: Pearson.
- Thompson, B. L. e Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 556-558. doi:10.1002/jts.20374
- Vien, A. e Beech, A. R. (2006). Psychopathy: Theory, measurement, and treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(3), 155-174. doi:10.1177/1524838006288929
- Walters, G. D. (2005). Predicting institutional adjustment with the lifestyle criminality screening form and psychological inventory of criminal thinking styles. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 4(1), 63-70. doi:10.1080/14999013.2005.10471213

