

# Empatia – Ferramenta Pró-Social Explorada num Grupo Terapêutico

## *Empathy – A Prosocial Tool Explored in a Therapeutic Group*

João Graça<sup>\*✉</sup>, Miguel Palma\*, Carina Mendonça\*, Inês Cargaleiro\*\*, João Carlos Melo\*

### RESUMO:

**Introdução:** A empatia é um conceito multi-dimensional que engloba a capacidade de inferir um estado emocional e responder a emoções vivenciadas pelo outro, podendo ser assim categorizada em empatia cognitiva e emocional. É uma capacidade que se desenvolve precocemente através, sobretudo, da interação com as figuras parentais. Não é exclusiva dos seres humanos e tem sido conservada evolutivamente, constituindo a base da moralidade, da socialização e do pacifismo. A desregulação empática, que pode ser avaliada psicometricamente, ocorre em perturbações mentais como a esquizofrenia, a perturbação afetiva, as perturbações de personalidade, entre outras.

**Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório prospetivo longitudinal que pretende avaliar a evolução da empatia, medida pelo Quociente de Empatia, aos 0 meses e aos 9 meses e, secundariamente, a evolução desta em subgrupos demográficos e nosológicos. Foi utilizada uma amostra de conveniência de 22 doentes que frequentaram o Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, entre setembro de 2011 e junho de 2012. No Hospital de Dia, para além das atividades regulares, foi

desenvolvida a atividade terapêutica “Empatias” que consistiu no desenvolvimento de relações diádicas promotoras de empatia e num grupo terapêutico quinzenal com enfoque na tomada de perspetiva. Para a análise estatística foi utilizado o teste T-Student e o ANOVA.

**Resultados e Discussão:** Não se encontraram diferenças significativas entre o QE aos 0 meses e aos 9 meses (QE=39,2 vs QE=39,7 pontos, respetivamente,  $p=0,813$ ), tendo-se verificado uma estabilidade do traço empático medido através do QE nesta população. No entanto existem algumas limitações, como a existência de fatores confundentes, o tempo curto de observação e a ausência de validação da escala psicométrica para a população portuguesa.

**Conclusão:** Nesta população de doentes com perturbação mental compensada que frequentaram o Hospital de Dia o traço empático mostrou estabilidade longitudinal. A investigação na área da empatia é ainda exploratória e este estudo pretende ser um contributo para a avaliação longitudinal da empatia, tendo em conta o papel desta na perturbação mental.

**Palavras-Chave:** Empatia; Comportamento Social; Grupo Terapêutico

\*Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. ✉joao\_graca@hotmail.com

\*\*Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Recebido / Received: 01/07/2013 - Aceite / Accepted: 02/12/2013

**ABSTRACT:**

**Introduction:** Empathy is a multidimensional concept that encompasses the capacity to infer emotional states and respond to other people's emotions. It can be further divided in cognitive and emotional empathy and it is mainly influenced by early interaction with parental figures. Empathy is not exclusive of the human being and has been retained by evolution. It is the base of morality, socialization and pacifism. The empathic deregulation, which can be measured psychometrically, occurs in mental disorders, such as schizophrenia, affective diseases, and personality disorders, among others.

**Methods:** It is a prospective longitudinal exploratory study that aims to evaluate the evolution of empathy, measured primarily by the Empathy Quotient (EQ) at 0 months and at 9 months and secondarily the evolution of empathy in demographic and nosologic subgroups. For that purpose a convenience sample of 22 patients that participated in the psychiatric service' day hospital in a suburban general hospital between September 2011 and June 2012 was used. In the day hospital, in addition to regular activities, the therapeutic activity "Empatias" was created. It consisted in the development of dyadic relations to promote empathy and a fortnightly therapeutic group focused on perspective taking. T-Student and ANOVA were used for statistical analysis.

**Results and Discussion:** There were non-significant differences in EQ at 0 and 9 months (EQ=39,2 vs EQ=39,7, respectively,  $p=0,813$ ) and stability of the empathic trait was observed. However, there are some lim-

itations of this study, such as the presence of confounders, the short time of longitudinal observation and the absence of validation of the psychometric scale to the portuguese population.

**Conclusion:** In this population of clinically stable patients enrolled in a Day Hospital programme, the empathic trait showed longitudinal stability. Although the role ascribed to empathy is well valued in the classification of mental disorders, the research in this area is still exploratory. Taking this into account, this study aims to add a contribution to the longitudinal evaluation of empathy

**Key-Words:** Empathy; Social Behavior; Group Therapy

**INTRODUÇÃO**

O termo empatia deriva do grego *empathia* que por sua vez resulta do processo aglutinativo de *em* ("dentro de") com *pathos* ("sofrimento")<sup>1</sup>. Trata-se de um conceito de utilização crescente e sobre o qual se desenvolvem várias linhas de investigação a cargo de áreas do saber tão diversas como a psicologia social, as neurociências ou a filosofia. Tal facto parece ter dificultado a existência de uma definição de empatia consensual e operacional na literatura científica. A sua aceção literal alude ao "poder de compreender as coisas fora de nós", o que, no plano afetivo e motivacional, depende da capacidade individual de inferir um estado emocional no outro em comparação com vivências emocionais anteriores<sup>2</sup>. Todavia, pelo facto de se tratar de um construto complexo, envolvendo várias dimensões neu-

ropsicológicas, surgiu a necessidade de avançar para a sua simplificação subdividindo-a em dois sistemas independentes: a empatia emocional, mais arcaica em termos filogenéticos, correspondendo ao contágio emocional pelo estado afetivo alheio; e a empatia cognitiva, resultado de um processo ativo de colocação na posição do outro e de reconstituição do seu estado mental, como forma de lhe conhecer a perspetiva (esta última também apelidada de Teoria da Mente)<sup>3</sup>. Modalidades mais complexas de resposta empática farão recurso, naturalmente, a estes dois sistemas<sup>4</sup>. O grau de desenvolvimento de cada uma destas componentes apresenta variações individuais, salientando-se, no campo patológico, os casos extremos do autismo, onde se observa, a par de uma empatia emocional mantida, uma incapacidade dramática de transposição para a posição do outro, bem como o caso da psicopatia, onde esta habilidade cognitiva está mantida, mas impera uma arreatividade afetiva ao estado emocional dos que o rodeiam (sobretudo às emoções negativas)<sup>5</sup>.

A empatia não parece ser, porém, uma qualidade exclusiva da espécie humana. Um número crescente de estudos científicos tem permitido a identificação de padrões comportamentais empáticos em animais, nomeadamente em mamíferos, tais como golfinhos ou primatas. Gestos de entreatajuda, partilha de comida ou consolação constituem exemplos de comportamentos empáticos que, ao promoverem uma dinâmica de cooperação social, parecem conferir vantagem evolutiva. Terá sido, precisamente, este valor adaptativo que lhes permitiu sobreviver na pressão seletiva do tempo, cren-do-se estar na base da filantropia humana<sup>6</sup>.

Esta herança empática manifesta-se desde cedo na espécie humana. Para alguns autores, a empatia está conotada com uma experiência *as if*, devendo existir já uma capacidade de diferenciação entre o *self* e o outro para que possa surgir um estado empático<sup>4</sup>. Existem, contudo, expressões primitivas de comportamentos empáticos em recém-nascidos: a imitação de emoções alheias, cujo exemplo mais frequente é o do choro coletivo nos berçários, poderá estar relacionada com a existência de mecanismos neuronais inatos precursores de empatia, sobre os quais a experiência social irá posteriormente operar<sup>7-9</sup>. Esta habilidade primitiva parece complexificar-se com o acumular de experiências de interação social e desenvolvimento encefálico; permanecem, todavia, na vida adulta, reminiscências desta resposta empática prematura, manifestada através do mimetismo não-consciente de posturas, maneirismos e expressões faciais em situações de interação social, fenómeno apelidado de efeito camaleão.

De facto, a interação do temperamento do recém-nascido (aqui, no sentido de predisposição individual de cariz genético) com as experiências sociais precoces (das quais se salientam, como das mais determinantes, a interação com as figuras parentais) são consideradas fatores-chave para o desenvolvimento da empatia. Carências a este nível podem constituir risco para psicopatologia futura. Estudos mostram que recém-nascidos de mães deprimidas ou negligentes podem ter já dificuldades na identificação das emoções no outro<sup>10</sup>. De igual modo, crianças vítimas de maus-tratos podem desenvolver vias neurais aberrantes que conduzem a condutas agressivas (mais do que empáticas) para atingirem os seus fins,

bem como a quadros depressivos ou abuso de substâncias já na vida adulta<sup>11</sup>.

Mais recentemente, um elevado número de pesquisas científicas tem-se focado nos processos cerebrais implicados na experiência de empatia. Tratando-se, como vimos, de um construto multidimensional resultante da ação concertada de processos afetivos e cognitivos, a identificação das regiões cerebrais envolvidas no processo empático reveste-se de extrema dificuldade. Foge aos objetivos deste trabalho a caracterização neuroanatômica da empatia. Contudo, impõe-se uma breve menção aos sistemas de neurónios-espinha, descobertos em 1996 por Rizzolatti e que se crê estarem implicados no reconhecimento de sentimentos e intenções alheias, constituindo uma das bases neuronais da intersubjetividade<sup>12,13</sup>.

Conforme referido anteriormente, são várias as disciplinas que se ocupam do estudo da empatia com intuito de aceder a um maior conhecimento acerca do comportamento humano. Em particular, no campo da ética, a importância do conceito de empatia tem sido defendida por vários autores. Segundo Martin Hoffman, a empatia encontra-se primariamente subjacente a uma atitude pró-social que pode, quando aliada a princípios morais, contribuir para um juízo moral prossocial<sup>4</sup>. Desta forma, o juízo moral não se traduz numa mera deliberação hipotética, englobando também uma dimensão empática e portanto moral<sup>14</sup>. Com efeito, num estudo realizado com adolescentes afro-americanos, níveis mais elevados de empatia prediziam condutas pró-sociais, tendo este efeito sido mais pronunciado entre a população masculina<sup>15</sup>. Nesse sentido, tem sido

advogada a inclusão curricular de noções de empatia e reconciliação na pedagogia e ensino para o pacifismo<sup>16</sup>. Os níveis de empatia variam também com o género, sendo maiores em regra nas mulheres<sup>2</sup>.

Do ponto de vista terapêutico, a empatia é vista como uma qualidade positiva, procurada ativamente em programas de reabilitação empática de indivíduos criminosos<sup>17</sup>. A habilidade de reconstituir os pensamentos e sentimentos do outro (empatia cognitiva) associa-se a uma capacidade superior de experienciar sentimentos de culpa que, por sua vez, constituem importantes inibidores de sentimentos e condutas de agressividade<sup>18,19</sup>. Contudo, a verdadeira empatia só emergirá quando coexistirem níveis saudáveis de ambos os componentes cognitivo e emocional.

É importante salientar que, a par dos custos inevitáveis associados à ausência ou défice empático, poderá ser de igual forma prejudicial um eventual excesso de empatia. Em termos fisiológicos, seria impossível suportar, de forma mantida, um elevado nível empático<sup>20</sup>. Adicionalmente, uma conduta extremamente empática pode conduzir a vias de sacrifício pessoal ou dos seus bens em nome do sujeito vítima inicial de um prejuízo.

A associação clínica entre défices empáticos e perturbação mental é bem reconhecida. Défices empáticos foram encontrados na esquizofrenia, perturbações afetivas, lesões pré-frontais, perturbações do comportamento, autismo, síndrome de Asperger, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação obsessivo-compulsiva, anorexia nervosa, síndrome de Tourette e nas perturbações de personalidade<sup>2</sup>. Nestas, o défice empático

surge como elemento central na definição dos níveis de funcionamento da personalidade.

Em suma, mais do que a busca pelo patamar máximo atingível por um indivíduo em termos de empatia, é importante dotá-lo da capacidade de regulação desse mesmo nível empático, através de estratégias de supressão, reenquadramento e controlo de exposição.

A empatia não é apenas um construto teórico, sendo uma variável mensurável através de escalas clínicas. As primeiras a surgir, como a *The Questionnaire Measure of Emotional Empathy* (Mehrabian & Epstein, 1972) e o *Interpersonal Reactivity Scale* (Davis, 1980) foram alvo de críticas pela ausência de especificidade na medição do conceito de empatia<sup>21</sup>. O Quociente da Empatia (QE) / *Empathy Quocient (EQ)*<sup>21</sup>, criada por Baron-Cohen e Wheelwright, foi desenhado para ser aplicado em contexto clínico e demonstrou ter sensibilidade para detetar défices de empatia<sup>22</sup>.

Se a investigação na área da empatia é ainda exploratória, a sua variabilidade temporal longitudinal é ainda menos conhecida. Haker e colaboradores<sup>23</sup> avaliaram, numa amostra de doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, a evolução da auto-percepção da empatia num período de 3 anos, tendo concluído que permaneceria estável.

## OBJETIVOS

O presente estudo pretende avaliar a evolução da empatia, medida pelo Quociente de Empatia, e secundariamente a evolução da empatia em subgrupos demográficos e nosológicos em doentes que frequentaram a atividade terapêutica “Empatias” em contexto de Hospital de Dia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório prospetivo, utilizando uma amostra de conveniência constituída por indivíduos com perturbação mental grave compensada, que frequentaram a atividade terapêutica “Empatias” incluída nas atividades do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE de setembro de 2011 (T0) a julho de 2012 (T1).

### Descrição do Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

O Hospital de Dia presta cuidados em regime de internamento parcial. A equipa multidisciplinar é composta por um médico psiquiatra, uma enfermeira, uma psicóloga e dois terapeutas ocupacionais que providenciam cuidados compreensivos a um grupo de 20 a 30 utentes com perturbação mental grave compensada. Os doentes que frequentam o Hospital de Dia têm, na sua maioria, diagnósticos de esquizofrenia, perturbação delirante, perturbação afetiva unipolar e bipolar e perturbação de personalidade. As atividades terapêuticas incluem grupos psicoterapêuticos de orientação dinâmica, grupos de psicoeducação, treino de competências sociais, grupos multi-famílias, atividades ocupacionais e de relaxamento, entre outros. A atividade terapêutica “Empatias” insere-se nas atividades regulares que o Hospital de Dia disponibiliza.

### Descrição da Atividade Terapêutica “Empatias”

A atividade terapêutica “Empatias” foi criada com o objetivo de promover a empatia, sendo

constituída por um grupo terapêutico e pelo estabelecimento de relações diádicas em cadeia.

### Relações Diádicas Promotoras de Empatia

As diádes foram estabelecidas previamente pelos profissionais de saúde do Hospital de Dia, tendo em conta as capacidades cognitivas dos doentes, a perceção prévia dos técnicos sobre a capacidade dos doentes fornecerem suporte emocional, e o seu diagnóstico. Assim foi assegurado que os doentes com mais dificuldades de interação social tivessem um apoio efetivo por parte dos seus pares.

A cada doente foram atribuídos dois papéis: o papel do tutor e do tutorando. Cada doente foi, ao mesmo tempo, tutor de um outro doente e tutorado por um outro, numa relação diádica em cadeia (Figura 1). As relações foram imutáveis no tempo do estudo (9 meses) e previa-se que fossem alteradas apenas por motivos de força maior (ex: alta, assédio moral ou sexual, descompensação que exija internamento, etc.).

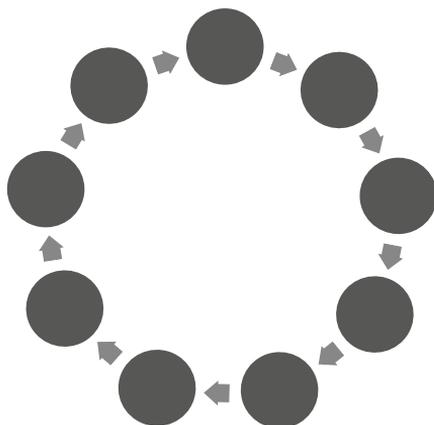


Figura 1. Relações diádicas em cadeia.

Depois de definidas as relações de tutela, foi definido um objetivo terapêutico (ex: melhorar a relação com um familiar, chegar a horas ao Hospital de Dia, emagrecer, melhorar a autoestima, etc.). O processo de escolha do objetivo terapêutico envolveu o preenchimento de um questionário sobre dificuldades e objetivos feito a cada doente, que foi aferido e discutido na Equipa de profissionais do Hospital de Dia. Após esta reunião, definiu-se um objetivo terapêutico para cada doente. Na sessão 0 do grupo da empatia aferiu-se a concordância de cada doente com o objetivo proposto. Quando os doentes não aceitavam o objetivo proposto, procurava-se estabelecer um novo objetivo, concertado por ambas as partes.

### Grupo Terapêutico

O grupo terapêutico foi formado pelos doentes e os terapeutas que frequentaram o Hospital de Dia entre setembro de 2011 a julho de 2012, reunidos em grupo, quinzenalmente, em sessões cuja duração não excedeu 1h30. As sessões foram dirigidas preferencialmente por médicos internos a estagiar no Hospital de Dia. No entanto, a participação foi aberta a todos os profissionais. A supervisão foi da responsabilidade do coordenador da Unidade do Hospital de Dia.

Na sessão 0 foi comunicado o objetivo do grupo da empatia, apresentada a planificação do grupo proposta pelos profissionais e definido o objetivo terapêutico a atingir. Foram dados alguns exemplos de como a supervisão tutor-tutorando poderia funcionar (ex: perguntar como o outro se sente, que dificuldades tem encontrado, que apoio precisa, etc.). A atividade de tutoria ocorreu durante a frequência do

Hospital de Dia e não apenas durante o grupo terapêutico.

Na sessão 1 e nas seguintes sessões foram abordadas as dificuldades e avanços de cada utente. Foi promovido o desenvolvimento de uma atitude reflexiva (ex: O que é pôr-se no lugar do outro? O que posso fazer para ajudar a resolver os problemas?; etc.) bem como a tomada de perspetiva. Assim, era promovida a descrição do estado mental do tutorando pelo tutor e questionado o tutorando se aquela era correta, promovendo-se a sintonização da percepção intersubjetiva do estado mental.

As principais vantagens do grupo terapêutico foram permitir a integração de doentes menos participativos, promover o treino da empatia e do desenvolvimento do altruísmo, relativizando assim as dificuldades psicossociais do próprio, através da focalização em objetivos terapêuticos pragmáticos. Esta atividade teve como objetivo secundário a criação de uma rede de suporte social mais alargada e o desenvolvimento de níveis mais elaborados de autonomia.

As dificuldades encontradas foram a não adesão presencial às sessões de grupo quinzenais e desmotivação em relação às responsabilidades de tutoria, sendo notórias estas dificuldades sobretudo nos doentes com perturbação mental grave, nomeadamente naqueles com diagnóstico de esquizofrenia com défices cognitivos associados.

### Descrição do Estudo

O estudo tem como objetivo avaliar a evolução longitudinal da empatia nos doentes que participaram na atividade “Empatias” em contexto de Hospital de Dia. Assim, as hipóteses do estudo são as seguintes:

- Hipótese nula (H0): não existem diferenças significativas do QE (quociente da empatia) entre T0 (0 meses) e T1 (9 meses)
- Hipótese H1: existem diferenças significativas do QE (quociente da empatia) entre T0 e T1

Para a avaliação da empatia foi utilizado o Quociente da Empatia (QE) / *Empathy Quotient (EQ)*<sup>21</sup>. É uma escala heteroaplicada de 60 questões, com 20 perguntas fantasma, e cotada de 0 a 80 pontos, validada para populações clínicas, mas não para a população portuguesa, e que incorpora os dois componentes da empatia, o afetivo e o cognitivo. Na população controlo do estudo que validou a escala<sup>21</sup> o valor médio de empatia foi de 42 pontos, com um desvio padrão de 11 pontos. A escala de Empatia de Baron-Cohen e Wheelwright foi traduzida para inglês e retrovertida para Português com o apoio de uma psicóloga de língua materna inglesa.

Através do *calculador online* de tamanhos da amostra da *University of British Columbia*, (<http://www.stat.ubc.ca/~rollin/stats/ssize/n1.html>), foi concluído ser necessária uma amostra de 22 doentes, considerando um  $\alpha=0,5$ , um poder estatístico=0,80 e um desvio padrão=10 pontos, para detetar uma diferença de 6 pontos no QE (aumento do QE de 32 pontos para 38 pontos). Utilizou-se esta diferença de 6 pontos porque constituiu o arredondamento de  $\frac{1}{2}$  do desvio padrão da distribuição do QE no estudo de validação da escala<sup>21</sup>.

Foi utilizado o teste T-Student para analisar as diferenças do QE médio em T0 e T1 e o teste ANOVA para testar diferenças no QE médio em T0 em vários diagnósticos psiquiátricos (defi-

nidos pelos critérios ICD-10 para a classificação de perturbações psiquiátricas) através da versão 14.0 do programa SPSS.

O estudo foi conduzido de acordo com a declaração de Helsínquia.

## RESULTADOS

Como referido, a totalidade da amostra incluiu 22 pacientes ( $n=22$ ) que participaram

na atividade “Empatias”. A maioria era do género feminino (64%), com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos, sendo a média de idades de 38 anos. O diagnóstico mais comum foi o de esquizofrenia (32%) seguido pela perturbação bipolar (27%) (Tabela I).

**Tabela I.** Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo ( $n=22$ ).

	Frequência absoluta	Frequência Relativa
<b>Género (<math>n=22</math>)</b>		
Feminino	14	64%
Masculino	8	36%
<b>Idades (<math>n=22</math>)</b>		
20-29 anos	8	36%
30-39 anos	5	23%
40-49 anos	4	18%
50-59 anos	3	14%
60-69 anos	2	9%
>ou igual 70 anos	0	0%
<b>Diagnósticos (<math>n=22</math>)</b>		
Perturbação afetiva bipolar	6	27%
Perturbação afetiva unipolar	3	14%
Esquizofrenia	8	32%
Perturbação delirante	1	5%
Perturbação de personalidade	4	18%

Sobre a análise dos níveis de empatia, verificou-se que os indivíduos que evidenciavam maiores níveis de empatia em T0 eram do género feminino ( $QE=40,4$ ) e tinham o diagnóstico de per-

turbação afetiva unipolar ( $QE=47,5$ ) e bipolar ( $QE=43,2$ ) (Tabela II). No entanto, as diferenças do QE por género e diagnóstico não foram estatisticamente significativas.

**Tabela II.** Média do QE aos 0 meses (T0), de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas (n=22).

	Média do QE	Desvio padrão	Valor de p
<b>Género vs QE T0</b>			
Género feminino (n=14)	40,4	11,0	p=0,483 (a)
Género masculino (n=8)	36,6	13,8	
<b>Diagnósticos vs QE T0</b>			
Perturbação afetiva bipolar (n=6)	43,2	9,2	p=0,157 (b)
Perturbação afetiva unipolar (n=2)	47,5	16,5	
Esquizofrenia (n=7)	31,0	8,3	
Perturbação delirante (n=1)	31,0	-	
Perturbação de personalidade (n=4)	40,05	11,5	

(a) T-student; (b) ANOVA

Relativamente à pergunta primária do estudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o QE aos 0 meses

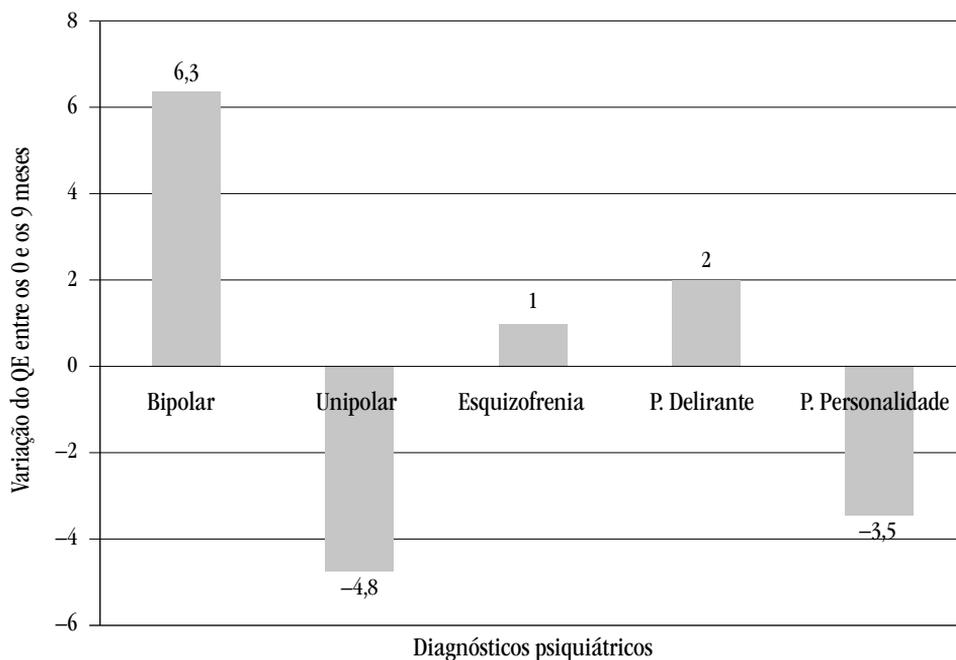
e aos 9 meses (QE=39,2 vs QE=39,7 pontos, respetivamente, p=0,813) (Tabela III).

**Tabela III.** Média do QE aos 0 (T0) e 9 meses (T1) (n=22).

	Média do QE	Desvio padrão	Valor de p
<b>QE T0 vs QE T1</b>			
QE T0 (n=22)	39,2	11,6	p=0,813 (a)
QE T1 (n=22)	39,7	12,7	

Da análise da variação do QE entre os 0 e 9 meses, a perturbação afetiva bipolar foi o subgrupo nosológico com maior variação, tendo registado um aumento de 6,3 pontos. Em tendência negativa, com uma redução de 4,8 pon-

tos, destaca-se a perturbação afetiva unipolar, seguida pela perturbação de personalidade com uma descida de 3,5 pontos. A variação positiva na esquizofrenia e na perturbação delirante foi marginal (Figura 2).



**Figura 2.** Variação da média do QE por diagnóstico.

No entanto, as diferenças na variação do QE não foram estatisticamente significativas entre os diagnósticos (Tabela IV).

**Tabela IV.** Variação média do QE (=QE T1 – QE T0), por diagnóstico (n=22).

Diagnóstico Psiquiátrico	Variação Média do QE (QE T1-QE T0)	Desvio padrão	Valor de p
Perturbação Afetiva Bipolar (n=6)	6,3	8,0	p=0,300 (b)
Perturbação Afetiva Unipolar (n=2)	-4,8	12,4	
Esquizofrenia (n=7)	1	6,8	
Perturbação Delirante (n=1)	2	-	
Perturbação de Personalidade (n=4)	-3,5	7,3	

(b) ANOVA

## DISCUSSÃO

Haker e colaboradores<sup>23</sup> estudaram a evolução da auto-percepção da empatia ao longo de 3 anos, numa amostra de doentes com esquizofrenia, que se mostrou estável longitudinalmente. Do conhecimento dos autores não existem, até à data, outros estudos que avaliem a evolução longitudinal da empatia. Este estudo procura medir a evolução da empatia num conjunto de doentes com diagnósticos de esquizofrenia, doença afetiva unipolar e bipolar, perturbação delirante e perturbação de personalidade, em contexto de internamento parcial em Hospital de Dia.

Os resultados da pergunta primária demonstram que houve uma estabilidade do traço empático medido através do QE. Assim, quando comparados os valores médios do QE da população de estudo, não se encontram diferenças significativas aos 0 e 9 meses. Deste modo, nesta população de doentes que constitui a amostra do estudo, a empatia é um marcador estável a médio prazo.

A análise dos resultados secundários confirma e acrescenta dados à literatura sobre a empatia na perturbação mental. Tal como descrito na literatura para outras populações<sup>21</sup>, a amostra de doentes do Hospital de Dia revela maiores níveis médios de empatia no género feminino. Outro dado a destacar é a baixa empatia nos doentes com psicose (esquizofrenia e perturbação delirante), que permite explicar parte dos défices na interação social e a tendência para o isolamento.

Também é conhecido que nas perturbações afetivas está descrito um traço empático superior à média<sup>2</sup>, o que corrobora os números apresentados para o QE antes da intervenção

na perturbação afetiva unipolar e bipolar. Da análise exploratória dos subgrupos nosológicos, a evolução do QE foi no sentido do aumento da empatia nas perturbações afetivas bipolares e nas psicoses, mas de diminuição nas perturbações de personalidade e na perturbação afetiva unipolar. Não é claro, sem uma análise paralela da psicopatologia aguda e do funcionamento global, avaliar se as reduções da empatia foram efetivamente negativas para os doentes, ou se resultaram de um processo terapêutico de regulação empática. De qualquer forma, na análise de subgrupos, o papel dos *outliers* é ainda mais expressivo, sobretudo no subgrupo das perturbações de personalidade.

O estudo apresenta algumas limitações. A modificação (no sentido do agravamento ou melhoria) da psicopatologia aguda (*p.e.*, crise de angústia de um utente com perturbação *borderline* da personalidade, episódio depressivo num utente com perturbação afetiva bipolar) no momento do preenchimento do Quociente da Empatia, após a intervenção, alterou os quocientes esperados em determinados doentes em mais de 2 desvios-padrão, alterando assim um indicador como o valor médio do QE, sensível a *outliers*. Além disso, não foi tida em conta a adesão à intervenção, sendo os valores médios indicativos de doentes que participaram ativamente no grupo e dos doentes que não o fizeram. Também não foi possível validar a escala Quociente da Empatia para a população portuguesa. Na ausência de estudos sobre a evolução da empatia com uma intervenção de grupo deste tipo, será oportuno perguntar se 9 meses serão suficientes para promover um ganho de empatia. Pode colo-

car-se a hipótese de que se obtenham ganhos mais tardios do que o inicialmente planeado. No futuro, será interessante estudar a eficácia de intervenções desenhadas para promover a empatia através ensaios clínicos, onde poderiam eventualmente ser encontradas diferenças entre 2 grupos (grupo de intervenção e grupo controlo) que seriam atribuídas, em teoria, apenas à intervenção. Outro desafio é encontrar um procedimento estatístico que meça, não a melhoria da empatia, mas a sua regulação, uma vez que para alguns doentes, nomeadamente aqueles com perturbação depressiva, a regulação da empatia, e não o seu aumento, estariam teoricamente associados a melhores níveis de funcionamento.

## CONCLUSÕES

Trata-se de um estudo exploratório cujo objetivo primário foi o de avaliar a evolução da empatia numa amostra de doentes com perturbação mental grave clinicamente estabilizada e com défices no funcionamento social e cognitivo, motivo pelo qual frequentaram o Hospital de Dia de Psiquiatria e a atividade “Empatias”. Os resultados aos 0 e 9 meses indicam uma estabilidade do quociente da empatia, o que permite concluir acerca da existência de estabilidade temporal a médio prazo do traço empático nesta amostra.

A empatia surge como uma nova área de investigação com um grande potencial por explorar. Atualmente é possível operacionalizar o conceito e estudá-lo em diversos contextos clínicos. Será interessante estudar, no futuro, o papel de uma intervenção que regule o nível de empatia numa população de indivíduos com per-

turbação mental crónica, promovendo assim o conhecimento sobre formas de intervir clinicamente em doentes em que uma importante dimensão psíquica, a empatia, se encontra alterada no processo do adoecer mental.

## Agradecimentos / Acknowledgements

Aos técnicos e estagiários do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Fernando Fonseca, nomeadamente a Natasha Oliveira, Gonçalo Carreteiro, Paula Simões, Ana Lima, João Ribeiro, Madalena Serra e Rui Albuquerque.

## Conflitos de Interesse / Conflicting Interests

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesse na realização deste estudo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

## Fontes de Financiamento / Funding

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

## Bibliografia / References

1. Liddell HG, Scott R. A Greek-English Lexicon - Seventh Edition Revised and Augmented throughout. New York, Harper & Brothers, Franklin Square, 1883. Pág.461,468,1106.
2. Farrow T, Woodruff P. Empathy in Mental Illness. New York: Cambridge University Press. 2007. Pág. IX-XXII.
3. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus

- ventromedial prefrontal lesions. *Brain*. 2009 Mar;132(Pt3):617-27.
4. Eisenberg N, Strayer J. *Empathy and its Development*. New York, N.Y: Cambridge University Press. 1987. Pág.47-80; 119-145,
  5. Baron-Cohen S. *Zero Degrees of Empathy: A New Theory of Human Cruelty*. London, Allen Lane Publishing. 2011. Pág.1-124.
  6. Decety J, Norman GJ, Berntson GG, Cacioppo JT. A neurobehavioral evolutionary perspective on the mechanisms underlying empathy. *Prog Neurobiol*. 2012 Jul;98(1):38-48.
  7. Sagi A, Hoffman ML. Empathic distress in the newborn. *Developmental Psychology*, 1976 Mar;12(2):175-176.
  8. Martin GB, Clark RD. Distress crying in neonates: species and peer specificity. *Dev Psychol*. 1982 Jan;18(1):3-9.
  9. Brothers L. A biological perspective on empathy. *Am J Psychiatry*. 1989 Jan;146(1):10-9.
  10. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces:developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol*. 2000 Sep;36(5):679-88.
  11. Teicher MH. Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Sci Am*. 2002 Mar;286(3):68-75.
  12. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res*. 1996 Mar;3(2):131-41.
  13. Braten S (ed.). *On Being Moved: From Mirror Neurons to Empathy*. Amsterdam/Philadelphia, Johns Benjamins Publishing Company., 2007. Pág. 35-41.
  14. Oxley JC. *The Moral Dimensions of Empathy: Limits and Applications in Ethical Theory and Practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, Palgrave Macmillan.; 2011. Pág. 59-74.
  15. McMahon SD, Wernsman J, Parnes AL. Understanding prosocial behavior: the impact of empathy and gender among African American adolescents. *J Adolesc Health*. 2006 Jul;39(1):135-7.
  16. Zembylas, M. The politics of trauma: empathy, reconciliation and peace education. *Journal of Peace Education*. 2007;4(2):207-224.
  17. Pithers WD. Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behav Res Ther*. 1994 Jun;32(5):565-70.
  18. Ishikawa T, Uchiyama I. The relations of empathy and role-taking ability to guilt feelings in adolescence. *Jap J Dev Psychol*. 2002;13:12-9.
  19. Harris N. Reassessing the dimensionality of the moral emotions. *Br J Psychol*. 2003 Nov;94(Pt 4):457-73.
  20. Figley, CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview.. In: Figley, CR., editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nova Iorque, Brunner-Routledge. 1995. pág. 1-20.
  21. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004 Apr; 34(2):163-75.
  22. Lawrence E, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*. 2004 Jul; 34: 911-9.
  23. Haker H, Schimansky J, Jann S, Rossler W. Self-reported empathic abilities in schizophrenia: A longitudinal perspective. *Psychiatry Research*. 2012 Dec; 200: 1028-1031.