

Cláudia Silva Lourenço

*Caraterísticas da empatia, psicopatologia e problemas de
comportamento em raparigas: estudo comparativo entre
adolescentes institucionalizadas e adolescentes da população
geral*



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2016

Cláudia Silva Lourenço

*Caraterísticas da empatia, psicopatologia e problemas de
comportamento em raparigas: estudo comparativo entre
adolescentes institucionalizadas e adolescentes da população
geral*

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ida Lemos



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2016

Caraterísticas da empatia, psicopatologia e problemas de comportamento em raparigas: estudo comparativo entre adolescentes institucionalizadas e adolescentes da população geral

Tese para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Cláudia Silva Lourenço

Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Para a realização e conclusão desta etapa várias foram as pessoas que me apoiaram e me auxiliaram em todo percurso. Neste sentido, gostaria de agradecer...

...em primeiro lugar, à Professora Doutora Ida Lemos, pela orientação, dedicação, paciência e carinho ao longo de todo o processo. Sempre pronta a esclarecer qualquer dúvida, por mais óbvia que pudesse parecer. Um grande obrigada.

...aos Diretores e Diretoras, quer do agrupamento de escolas de Portimão, quer das diferentes instituições por autorizarem a recolha de dados, pois sem ela não seria possível a investigação.

...a todas as jovens que dedicaram um pouco do seu tempo a responder com dedicação aos que lhes foi proposto.

...aos meus amigos Ana Rita Madeira, Alexandra Marto, Verónica Rijo e João Gomes pelo apoio, amizade, não só ao longo do estágio como também por todos estes 5 anos de companheirismo. Obrigada pelos ouvidos sempre atentos, pelas palavras, pela vossa presença.

...ao meu namorado, Bruno Loures por todo o apoio e por estares sempre do meu lado, e me motivares a continuar quando a frustração surgia.

...às minhas irmãs, Raquel e Teresa pelo apoio, amizade e por acreditarem em mim.

...aos meus pais, pela dedicação e paciência que têm tido, pelo carinho e pelo abraço sempre pronto. Não há palavras para vos agradecer. Este trabalho é tanto meu, quanto vosso. Foi um esforço meu e vosso, ao longo de 5 anos. Obrigada!

Resumo

Independentemente da abordagem teórica, os investigadores são consensuais em considerar que para a compreensão da manifestação de psicopatologia nos adolescentes temos de estudar os fatores de risco e os fatores moderadores que estão na sua etiologia. De entre estes fatores, a empatia tem vindo a mostrar-se uma característica moderadora no surgimento de sintomas psicopatológicos na adolescência, nomeadamente nos problemas de comportamento.

Com o presente estudo pretendemos comparar dois grupos de adolescentes do sexo feminino: um grupo de raparigas da população geral (n=92) e outro grupo de raparigas institucionalizadas (n=50), com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. Pretendemos verificar possíveis diferenças nos níveis de empatia e na presença de sintomas psicopatológicos entre os grupos, uma vez que as adolescentes institucionalizadas são oriundas de famílias em risco psicossocial. Relativamente aos resultados encontrados podemos observar que as adolescentes institucionalizadas apresentavam mais sintomas psicopatológicos e mais problemas de comportamento que o grupo de adolescentes da população geral. Relativamente aos níveis de empatia, as jovens institucionalizadas reportaram níveis de empatia cognitiva e afetiva mais baixos que as jovens não institucionalizadas. Relativamente às variáveis sociodemográficas, sugerem que a estrutura familiar e o nível socioeconómico foram as variáveis que mais significativamente estavam associadas à existência de problema de comportamento e aos níveis de empatia.

Palavras Chave: adolescência, empatia, problemas de comportamento, psicopatologia, risco psicossocial, institucionalização.

Abstrat

Regardless of the approach, the researchers are agreed to consider what psychopathology presence have your hum in etiology risk factors set and moderators factors. In between these factors, empathy has been show is a feature moderator no appearance of psychopathological symptoms in adolescence, particularly in behavior problems.

With the present study we intend to compare two groups of female adolescents: a group of girls in the general population (n = 92) and another group of institutionalized girls (n = 50), aged between 12 and 19 years. We intend to investigate possible differences in levels of empathy and presence of psychopathological symptoms among the groups, once as teenagers are institutionalized from families in psychosocial risk. For results found we can observe as teenagers institutionalized had more psychopathological symptoms and more behavior problems that group of teenagers from the general population. Regarding to empathy levels as young institutionalized reported levels of cognitive and affective empathy shortest as youth not institutionalized. In relation to sociodemographic variables, suggest that the structure of family and socioeconomic level were as variables what more significantly were associated with behavior problem of existence and empathy levels.

Key Words: adolescence, behavior problems, emphaty, institutionalization, psychopathology, psychosocial risk.

Índice

Introdução.....	1
Objetivos de investigação	7
Método.....	8
1 - Desenho de estudo.....	8
2 – Amostra.....	8
3 - Técnica de amostragem	8
4 – Participantes.....	8
4.1 - Características da amostra de adolescentes institucionalizadas.....	8
4.2 - Características gerais da amostra de adolescentes não institucionalizadas	11
5 - Instrumentos de recolha de dados.....	13
5.1 - Questionário de caracterização de adolescentes institucionalizadas	13
5.2 - Questionário de dados sociodemográficos e familiares de adolescentes não institucionalizadas	13
5.3 - <i>Adolescent Psychopathology Scale-Short Form (APS-SF)</i>	14
5.4 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	14
5.5 - <i>Interpersonal Reactivity Index (IRI)</i>	15
6 – Procedimentos.....	16
6.1 - Procedimentos de recolha de dados	16
6.2 - Procedimentos de análise de dados.....	16
Resultados.....	17
1 - Resultados ao nível do índice geral de sintomas, dos problemas de comportamento e dos domínios da empatia entre grupos.....	17
1.1 - Resultados ao nível do índice geral de sintomas entre adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas.....	17
1.2 - Resultados ao nível do s problemas de comportamento entre grupos	18
1.3 - Diferenças das dimensões da empatia entre grupos.....	18

2 - Análises correlacionais ao nível do índice de sintomas psicopatológicos, dos problemas de comportamento e das dimensões da empatia.....	19
2.1 - Correlações entre as variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas.....	20
2.2 - Correlações entre as variáveis psicológicas (índice geral de sintomas, problemas de comportamento e dimensões da empatia).....	23
Discussão.....	25
Conclusão.....	29
Referências bibliográficas.....	31

Índice de Tabelas

Tabela 4.1.1 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a idade	9
Tabela 4.1.2 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a escolaridade, as reprovações e o abandono escolar	9
Tabela 4.1.3 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo o tipo de estrutura familiar	9
Tabela 4.1.4 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a escolaridade, situação profissional parental e nível socioeconómico	10
Tabela 4.2.1 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a idade	11
Tabela 4.2.2 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a escolaridade, as reprovações e o absentismo escolar	11
Tabela 4.2.3 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo o tipo de estrutura familiar	12
Tabela 4.2.4 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a escolaridade, situação profissional parental e nível socioeconómico	12
Tabela 1.1.1 - Resultados ao nível do índice geral de sintomas nos dois grupos (institucionalizadas versus não institucionalizadas) (Média, Desvio-Padrão e Teste t de Student) n=142	18
Tabela 1.2.1 - Diferenças em relação aos problemas de comportamento nos dois grupos (institucionalizadas versus não institucionalizadas) (Média, Desvio-Padrão e Teste t de Student) n=142	18
Tabela 1.3.1 - Diferenças em relação aos domínios da empatia nos dois grupos (institucionalizadas versus não institucionalizadas) (Média, Desvio-Padrão e Teste t de Student) n=142	19
Tabela 2.1.1.1 - Correlações de Pearson entre a escala de psicopatologia e as variáveis sociodemográficas	20
Tabela 2.1.2.1 - Correlações de Pearson entre a escala de problemas de comportamento e as variáveis sociodemográficas	21
Tabela 2.1.3.1 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes institucionalizadas (n=50)	21
Tabela 2.1.3.2 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes institucionalizadas (n=50)	22
Tabela 2.1.3.3 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes não institucionalizadas (n=92)	22
Tabela 2.1.3.4 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes não institucionalizadas (n=92)	23
Tabela 2.2.1 - Correlações de Pearson entre as variáveis psicológicas nas adolescentes institucionalizadas (n=50)	24
Tabela 2.2.2 - Correlações de Pearson entre as variáveis psicológicas nas adolescentes não institucionalizadas (n=92)	24

Siglas e abreviaturas utilizadas

APS-SF – *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form*

BSI – *Brief Symptom Inventory*

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DSM – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*

IGS – Índice Geral de Sintomas

IRI – *Interpersonal Reactivity Index*

SCL-90 – *Symptom Checklist-90*

Introdução

A adolescência tem sido estudada por vários autores, sendo comumente designada como um período de transição entre a infância e a idade adulta (Giovacchini, 2001). A adolescência tem sido também vista quer como uma fase de desequilíbrio emocional e de muitas dificuldades quer como um período de vida tranquilo, dependendo dos significados culturais atribuídos por cada sociedade (White & Rank, 2012). Embora encontremos algumas divergências nas diferentes perspectivas acerca da adolescência, a corrente da psicopatologia do desenvolvimento (Sroufe & Rutter, 1984; Sroufe, 2009) tem-se centrado no estudo da psicopatologia neste período de vida, nomeadamente, no estudo dos problemas de comportamento antissocial, dos problemas interrelacionais, e de outros aspetos emocionais. Assim, uma emotividade diminuída tem sido relacionada com um défice nos níveis de empatia (Silva, Rijo, & Salekin, 2013; Rubio, Krieger, Finney, & Coker, 2014).

Quando se refere à psicopatologia na adolescência, Reynolds (2000) remete para a existência de problemas neste período que nem sempre reúnem sintomas suficientes para que se seja diagnosticada uma perturbação em si e, por isso, refere a importância na distinção entre perturbações exteriorizadas e perturbações interiorizadas, as quais são tidas em consideração segundo a presença de sintomas primários da psicopatologia.

As perturbações exteriorizadas na adolescência são caracterizadas pela manifestação de problemas de comportamento que não constituem diagnósticos formais mas que representam problemas de comportamento com severidade e frequência significativas para causar problemas na adaptação ao contexto escolar e comunitário, como é o caso do comportamento agressivo e antissocial (Reynolds, 2000).

No que diz respeito a adolescentes com comportamento antissocial, este é caracterizado por um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros e desrespeito pelas normas/regras sociais correspondentes à idade do indivíduo (DSM-V, 2014). Da mesma forma, são caracterizados como problemas de comportamento, associados à Perturbação de Comportamento, todos os comportamentos disruptivos caracterizados por uma conduta não-agressiva (como o roubo, a vadiagem e a fuga à escola, a invasão e destruição de propriedade) (Reynolds, 2000). Os adolescentes que apresentam

problemas de comportamento poderão apresentar falta de remorso ou culpa, indiferença/falta de empatia, não se preocupando com os sentimentos dos outros, despreocupação relativa ao seu desempenho e afeto superficial ou deficiente (DSM-V, 2014).

Segundo Rutter (2007), um subgrupo de indivíduos da população geral experiencia distúrbios emocionais e condutas de comportamento problemáticas durante o período da adolescência. Estima-se que a prevalência de problemas de comportamento (também designado por comportamento antissocial) em adolescentes da população geral portuguesa varie entre 2% e 10%, aumentando da infância para a adolescência, com maior incidência em indivíduos do sexo masculino (DSM-V, 2014).

O desenvolvimento de psicopatologia na adolescência poderá ser influenciado por diferentes fatores presentes no quotidiano do adolescente. As investigações realizadas neste âmbito apontam para a existência de fatores de risco psicossocial que influenciam de forma negativa o surgimento da psicopatologia na adolescência e, de fatores protetores que ajudam a prevenir o seu desenvolvimento (Church et al., 2012; Fomby & Sennott, 2013; Michael Rutter & Uher, 2012). De entre os fatores de risco podemos salientar a vulnerabilidade económica familiar, o abuso de substâncias, a história familiar de comportamentos de risco, a falência de supervisão parental, as expectativas parentais negativas face ao adolescente, os castigos parentais inconsistentes ou severos, os conflitos familiares, a violência doméstica, a falta de investimento escolar, o insucesso escolar, a imaturidade emocional, a socialização com pares antissociais e a presença de comportamentos disruptivos na infância (Lemos, 2014).

De entre os factores que influenciam a psicopatologia na adolescência, aquele em que os autores se centram maioritariamente é na família, nas condições socioeconómicas, estruturais e dinâmicas da mesma (Fomby & Sennott, 2013). Tem sido salientada a existência de uma relação negativa entre o nível socioeconómico das famílias e a existência de comportamentos antissociais (Rubio et al., 2014). Contudo, a estrutura e a dinâmica familiar (existência de conflitos entre pais e pais-filhos) atuam como um grande fator de risco. Ainda a existência de violência, acontecimentos stressantes na vida familiar e histórico de comportamentos antissociais na família são fatores precipitantes de problemas de comportamento e psicopatologia. (Farruggia & Germa, 2015; Maguire, 2013) Pelo contrário, uma boa relação entre pais e pais-filhos bem como

a supervisão, o monitoramento parental, práticas parentais não punitivas e suporte parental atuam como fatores protetores (Church et al., 2012; Maguire, 2013; Pulkkinen, 1998; White & Renk, 2012).

As características individuais do adolescente, bem como as suas capacidades sociais, podem influenciar os problemas de comportamento antissocial (Rutter, 1989). Segundo Graaff, Branje, Wied, & Meeus (2012) as características pessoais podem ser entendidas como uma consequência de falta de recursos contextuais, como desencadeadoras de mais problemas de comportamento.

Nas últimas décadas, a literatura tem evidenciado uma dessas características individuais – a empatia - como estando associada ao surgimento de sintomas psicopatológicos, como são os problemas de comportamento. Assim, inicialmente o construto focava-se na experiência emocional do indivíduo como algo espontâneo, embora também fosse reconhecida a parte cognitiva ou intelectual da empatia. Posteriormente, o foco das investigações na área colocou-se na parte cognitiva da empatia (Davis, 1983).

No presente estudo o conceito de empatia é entendido segundo o modelo descrito por Davies (1983), que integra as duas componentes, podendo ser definido como uma resposta afetiva e cognitiva individual face ao estado emocional de outra pessoa e a forma como essa resposta é dada irá influenciar, em grande parte, as relações interpessoais do indivíduo (Davis, 1983; Miller, Eisenberg, Fabes, & Shell, 1996). Como parte integrante da empatia são concetualizadas duas componentes: uma componente afetiva e uma componente cognitiva. A primeira diz respeito à resposta emocional congruente com o estado emocional da outra pessoa, enquanto a componente cognitiva relaciona-se com a compreensão da emoção da outra pessoa (Lardén, Melin, Holst, & Långström, 2006). Davis (1980, 1983) definiu o construto como comportando as reações que um indivíduo apresenta ao observar outro e integrou dimensões constituintes de cada uma das componentes da empatia. A empatia cognitiva seria avaliada através da tomada de perspectiva, que diz respeito à capacidade do indivíduo de se colocar no lugar do outro, enquanto a empatia afetiva seria composta pela preocupação empática (sentimentos de compaixão e preocupação face ao outro), a fantasia (tendência do sujeito em colocar-se em situações fictícias, identificando-se com personagens de filmes e livros) e pelo desconforto pessoal (sentimentos de ansiedade

associados a situações de observadas). A empatia funciona assim como um regulador das ações dos indivíduos (Chambers & Davis, 2012; Vreeke & van der Mark, 2003).

De forma a compreender melhor a relação entre o nível de empatia dos adolescentes e a tendência em apresentar problemas de comportamento, os resultados de várias investigações (e.g., Graaff et al., 2012; Jolliffe & Farrington, 2004) referiram que os adolescentes com baixos níveis de empatia apresentam mais comportamentos problemáticos/antissociais do que os que têm níveis de empatia mais elevados.

Ao investigar, através da realização de uma meta-análise de estudos que integraram as duas componentes da empatia (cognitiva e afetiva) e a presença de comportamentos antissociais em adolescentes, Jolliffe & Farrington (2004), concluíram que os adolescentes que evidenciavam comportamentos antissociais apresentavam níveis mais baixos de empatia afetiva do que cognitiva, ou seja, os indivíduos com comportamentos antissociais parecem ter mais dificuldades em dar uma resposta emocional congruente com o estado emocional da outra pessoa.

Embora a investigação das relações entre psicopatologia e empatia na adolescência não seja prolífera, alguns estudos indicam que níveis baixos de empatia afetiva encontram-se associados a níveis elevados de psicopatologia e de problemas de comportamento (Brouns et al., 2013; Graaff et al., 2012; 2016; Jolliffe & Farrington, 2004; Soderstram, 2003). Relativamente às diferenças entre rapazes e raparigas nos níveis de empatia, é sugerido que as raparigas apresentam maiores níveis de empatia que os rapazes (Brouns et al., 2013; Lardén et al., 2006). Contudo quando associada à psicopatologia, os rapazes parecem apresentar um défice maior nos níveis de empatia afetiva, enquanto to que as raparigas com problemas psicopatológicos tendem a apresentar défice em ambos os domínios da empatia cognitiva e afetiva (Brouns et al., 2013).

Podemos assim sugerir que a presença de vários fatores de risco psicossocial pode colocar problemas ao nível do desenvolvimento psíquico do adolescente, que se podem expressar quer através de problemas psicopatológicos globais, quer através de problemas de comportamento. Nesta ordem de ideias, segundo Chambers & Davis (2012) e Farruggia & Germa (2015), diversos fatores poderão influenciar a existência de patologia neste período, contudo a empatia é moderadora da ocorrência de problemas de comportamento.

Embora os problemas de comportamento tenham vindo a intensificar-se ao longo das décadas, o estudo nesta área ainda não se encontra muito aprofundado, sendo por isso necessário um conhecimento mais clarificado acerca da temática como também dos factores de risco e de protecção, para que a realização de programas de intervenção seja também ela mais clarificada.

Dada a relação entre a emergência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes que crescem em famílias de elevado risco familiar, a implementação de acolhimento institucional de crianças e jovens que se encontram em situação de risco foi regulamentado para situações de elevado risco. Em Portugal, o estatuto legal da institucionalização de crianças e jovens é legitimado pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, existindo locais destinados para o efeito como as Casas de Acolhimento. A decisão de institucionalização está à responsabilidade do Tribunal ou à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Como já referido, a criança ou adolescente em perigo, que seja abrangido pela lei acima descrita terá de se encontrar em situação de risco grave ao seu bem estar, sendo consideradas estão situações como: abandono (ausência de protecção da criança ou jovem por desistência ou recusa de responsabilidades parentais), negligência (inércia parental face às necessidades afetivas e de desenvolvimento da criança ou jovem), abuso sexual (prática por parte de adultos de atos de natureza sexual envolvendo a criança ou jovem), exercício abusivo de autoridade parental (violência física e/ou psicológica sobre a criança ou jovem), abandono escolar (desistência por parte das crianças ou jovens da frequência escolar), absentismo escolar (ausência de aulas), trabalho infantil (trabalho realizado por menores de 15 anos) e a prática de condutas desviantes (uso de estupefacientes, ingestão de bebidas alcoólicas e prática de atos qualificados pela lei como crime) (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2000).

Em Portugal, a realidade da institucionalização de crianças e jovens tem vindo a aumentar, sendo que no ano de 2014 encontravam-se 8 470 crianças e jovens em situação de acolhimento, representando um aumento de 0.3% relativamente ao ano de 2013. Quanto à distribuição geográfica dos acolhimentos feitos, os distritos de Lisboa e Porto apresentam as maiores percentagens de crianças e jovens em regime de acolhimento (18,9% e 18.5%, respetivamente) (Instituto da Segurança Social., 2015).

De entre as situações de risco que se encontram na origem dos acolhimentos das crianças e jovens em Portugal, destaca-se a falta de supervisão e acompanhamento familiar (60% dos casos de acolhimento), seguindo-se a exposição a modelos parentais desviantes (35%), a negligência dos cuidados de educação e saúde (32% e 30%), ausência temporária de suporte familiar (11.2%), prática de comportamentos desviantes (9.36%) e exposição a mau trato físico (7.36%) (Instituto da Segurança Social., 2015).

Durante o período de acolhimento são reportados problemas de comportamento de entre as crianças e jovens que se encontram em situação de acolhimento. Para além do grande fator relacionado com a história familiar e percurso de vida da criança e adolescente, vários são os fatores que influenciam no surgimento ou continuidade dos problemas de comportamento durante o período de institucionalização. De entre os fatores destaca-se o acima referido e a instabilidade que pode ser vivida dentro da instituição (Rutter, 2000).

São poucos os estudos realizados no âmbito da comparação de sintomas psicopatológicos, problemas de comportamento e de níveis de empatia entre jovens institucionalizados e jovens não institucionalizados, e os que existem utilizam maioritariamente amostras de ambos os sexos. Assim, é necessária mais investigação nesta temática, de forma a identificar diferenças nas variáveis em estudo que possam nortear a criação de possíveis planos de intervenção na área, tendo por base possíveis fatores de risco e de proteção.

Objetivos do estudo

Tendo em conta a revisão da literatura, que aponta para a presença de baixos níveis de empatia afetiva aquando da presença de sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento, a presente investigação centrou-se no estudo das relações entre as características individuais de empatia e a manifestação de psicopatologia em adolescentes. Adicionalmente, foram utilizadas variáveis sociodemográficas individuais e familiares (nível socioeconómico, insucesso escolar - avaliado pelas fugas e retenções escolares, estrutura familiar, nível escolar dos pais e das jovens e idade das jovens). A presente investigação pretende comparar dois grupos (jovens do sexo feminino institucionalizadas e jovens do sexo feminino da comunidade geral), nomeadamente:

- Relacionar fatores de risco psicossocial (sociodemográficos e familiares, descritos na literatura) com indicadores de psicopatologia (geral e de Perturbação comportamento) em raparigas institucionalizadas e não institucionalizadas.
- Analisar as dimensões de empatia (tomada de perspectiva, preocupação empática, fantasia e desconforto pessoal) nos dois grupos de adolescentes em estudo e eventuais relações destas dimensões com os indicadores de psicopatologia em estudo.

Método

1 - Desenho de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, com um desenho descritivo-correlacional que pretende analisar as associações entre as variáveis em estudo. Este tipo de estudo permite investigar relações entre as variáveis e o estabelecimento de previsões de ação, embora não proporcionem provas de causalidade. Não foram criadas hipóteses de estudo dado o carácter exploratório do mesmo, sendo este guiado através dos objetivos propostos.

2 – Amostra

De seguida irá ser apresentada a técnica de amostragem e a descrição geral das amostras em estudo.

3 - Técnica de amostragem

Trata-se de uma amostra intencional ou de conveniência, constituída por dois grupos de adolescentes do sexo feminino: um grupo de adolescentes institucionalizadas (grupo 1) e um grupo de adolescentes não institucionalizadas da população geral (grupo 2).

Como critérios de inclusão da amostra foram seleccionadas adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, sem nenhuma incapacidade cognitiva ou sensorial que impossibilitasse a compreensão quer do tipo de estudo, quer das questões que integram os instrumentos utilizados na recolha da informação pretendida.

4 – Participantes

4.1 - Características da amostra de adolescentes institucionalizadas

A amostra final ficou composta por 50 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ($M=14,88$; $DP=1,902$).

Tabela 4.1.1 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a idade

		n	%
Idade	12	7	14
	13	9	18
	14	2	4
	15	12	24
	16	10	20
	17	6	12
	18	3	6
	19	1	2

Relativamente à caracterização escolar das adolescentes podemos constatar que a maioria das participantes frequenta o 3º ciclo, seguindo-se do 2º ciclo e do ensino secundário, ambos com a mesma frequência. A nível das reprovações escolares, observamos que a grande maioria já reprovou pelo menos um ano letivo e que 10% das adolescentes faltam à escola, apresentando abandono escolar.

Tabela 4.1.1 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a escolaridade, as reprovações e o abandono escolar

		N	%
Escolaridade	2º Ciclo	12	24
	3º Ciclo	26	52
	Secundário	12	24
Reprovações escolares	Sim	35	70
	Não	14	28
Abandono escolar ^a	Sim	5	10
	Não	45	90

Nota:^a não se obteve informação para 1 sujeito

Observamos também que a maioria das adolescentes são provenientes de famílias monoparentais (60%), sendo as restantes provenientes de famílias intactas (16%) e de famílias de recasamento (16%).

Tabela 4.1.2 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo o tipo de estrutura familiar

		n	%
Tipo de estrutura familiar ^a	Intacta	8	16
	Monoparental	30	60
	Recasamento	8	16

Nota:^a não se obteve informação para 4 sujeito

Em relação aos pais das adolescentes, a idade mínima do pai é de 37 anos e a máxima de 65 anos (M=50,57; DP= 10,147), enquanto que a idade mínima da mãe é de 31 anos

e a máxima de 63 anos (M=40,42; DP=8,979), sendo que 86% das adolescentes institucionalizadas (n=43) desconhecia a idade do pai e 76% (n=38) desconhecia a idade da mãe.

No que concerne à escolaridade parental neste grupo, 4% dos pais têm a escolaridade básica, 4% a escolaridade obrigatória, 2% sem estudos e 80% desconhece a escolaridade do pai. Quanto à mãe, 8% tem escolaridade básica, 4% escolaridade obrigatória, 2% ensino secundário ou profissional, 2% ensino superior e 70% desconhece a escolaridade da mãe. Relativamente à atividade profissional do pai, 6% são reformados, 20% desempregados e 30% trabalhadores ativos. Quanto à mãe, 4% são reformadas, 26% desempregadas e 44% encontram-se a trabalhar. No que diz respeito ao nível socioeconómico das famílias, observamos que a grande maioria tem um nível socioeconómico baixo (88%), seguindo-se pelas famílias de nível socioeconómico médio (2%).

Tabela 4.1.3 - Distribuição das adolescentes institucionalizadas segundo a escolaridade, situação profissional parental e nível socioeconómico

		n	%
Escolaridade da mãe ^a	Sem estudos	2	4
	Escolaridade básica	4	8
	Escolaridade obrigatória	3	6
	Ensino superior	1	2
	Desconhece	35	70
Escolaridade do pai ^b	Sem estudos	1	2
	Escolaridade básica	2	4
	Escolaridade obrigatória	2	4
	Desconhece	40	80
Situação profissional da mãe ^c	Desempregada	10	20
	Ativa	15	30
	Reformada	3	6
Situação profissional do pai ^d	Desempregado	10	20
	Ativo	22	44
	Reformado	2	4
Nível socioeconómico ^e	Baixo	44	88
	Médio	1	2

Nota: ^a não se obteve informação de 5 sujeitos; ^b não se obteve informação para 5 sujeitos; ^c não se obteve informação para 22 sujeitos; ^d não se obteve informação para 13 sujeitos; ^e não se obteve informação para 5 sujeitos.

4.2 - Características gerais da amostra de adolescentes não institucionalizadas

A amostra é composta por 92 adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos ($M=15,32$; $DP=5,806$).

Tabela 4.2.1 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a idade

		n	%
Idade	12	13	14,1
	13	3	3,3
	14	21	22,8
	15	9	9,8
	16	17	18,5
	17	13	14,1
	18	12	13,0
	19	4	4,3

Relativamente à caracterização escolar das adolescentes podemos constatar que a maioria das participantes frequenta o ensino secundário (51,1%), seguindo-se do 3º ciclo (48,9%). A nível das reprovações escolares, observamos que a grande maioria não reprovou nenhum ano letivo (78,3%) e que não existe abandono escolar.

Tabela 4.2.2 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a escolaridade, as reprovações e o absentismo escolar

		N	%
Escolaridade	3º Ciclo	45	48,9
	Secundário	49	51,1
Reprovações escolares	Sim	20	21,7
	Não	72	78,3
Absentismo escolar	Sim	0	0
	Não	92	100

Observamos também que a maioria das adolescentes da população geral são provenientes de famílias intactas (58,7%), sendo as restantes provenientes de famílias monoparentais (25%) e de famílias de recasamento (15,4%).

Tabela 4.2.3 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo o tipo de estrutura familiar

		n	%
Tipo de estrutura familiar ^a	Intacta	54	58,7
	Monoparental	23	25,0
	Recasamento	14	15,4

Nota:^a não se obteve informação para 1 sujeito

Em relação aos pais das adolescentes, a idade mínima do pai são 33 anos e a máxima 76 anos (M=47,16; DP=7,169), enquanto que a idade mínima da mãe são 30 anos e a máxima de 56 anos (M=43,49; DP=5,806).

No que concerne à escolaridade parental, 13% dos pais têm a escolaridade básica, 52,1% a escolaridade obrigatória, 22,8% o ensino superior e 12% desconhece a escolaridade do pai. Quanto à mãe, 5,4% tem escolaridade básica, 63,1% escolaridade obrigatória, 22,8% ensino superior e 12% desconhece a escolaridade da mãe. Relativamente à atividade profissional do pai, 2,2% são reformados, 8,7% desempregados e 83,7% trabalhadores ativos. Quanto à mãe, 22,8% estão desempregadas e 73,9% encontram-se a trabalhar. No que diz respeito ao nível socioeconómico das famílias, observamos que a grande maioria tem um nível socioeconómico baixo (62%), seguindo-se pelas famílias de nível socioeconómico médio (27,2%) e elevado (10,9%).

Tabela 4.2.4 - Distribuição das adolescentes não institucionalizadas segundo a escolaridade, situação profissional parental e nível socioeconómico

		n	%
Escolaridade da mãe	Sem estudos	1	1,1
	Escolaridade básica	5	5,4
	Escolaridade obrigatória	58	63,1
	Ensino superior	24	26,1
	Desconhece	4	4,3
Escolaridade do pai	Escolaridade básica	12	13,0
	Escolaridade obrigatória	48	52,1
	Ensino Superior	21	22,8
	Desconhece	11	12,
Situação profissional da mãe ^a	Desempregada	21	22,8
	Ativa	68	73,9
Situação profissional do pai ^b	Desempregado	8	8,7
	Ativo	77	83,7
	Reformado	2	2,2
Nível Socioeconómico	Baixo	57	62,0
	Médio	25	27,2
	Elevado	10	10,9

Nota: ^a não se obteve informação de 3 sujeitos; ^b não se obteve informação para 5 sujeitos

5 - Instrumentos

5.1 - Questionário de caracterização de adolescentes institucionalizadas

O questionário sociodemográfico para os adolescentes foi construído por Lemos (2007) e pretende recolher informação acerca das características sociodemográficas do adolescente. O questionário é composto por questões de resposta aberta e fechada aos quais o adolescente deverá responder, centrando-se em diferentes tópicos como a família, percurso escolar e percurso de vida dos adolescentes (estrutura familiar, retenções escolares).

5.2 - Questionário de dados sociodemográficos e familiares de adolescentes não institucionalizadas

O questionário sociodemográfico para os técnicos das instituições foi elaborado com vista à recolha de dados sociodemográficos e familiares junto dos técnicos que acompanham o adolescente na instituição, são estes dados referentes a: contexto familiar (tamanho da família, estrutura familiar, tamanho da fratria, nível socioeconómico dos pais, nível educacional e situação profissional dos pais, existência de comportamento desviante na família, consumo de substâncias, prostituição, comportamento delinquente e maus tratos do adolescente), contexto escolar (nível de escolaridade, existência de reprovações, motivação face à escola, dificuldades de aprendizagem, abandono escolar, inserção profissional), problemas de comportamento (vadiagem, fugas à escola, fugas de casa, consumo de substâncias, história de problemas de comportamento na infância) e comportamento delinquente. O questionário é composto por questões fechadas e abertas, destinadas ao técnico (Lemos, 2007).

5.3 - Adolescent Psychopathology Scale-Short Form (APS-SF)

A escala *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form (APS-SF)* de Reynolds (2000) é uma medida multidimensional de psicopatologia e características de personalidade, desenhada para a utilização em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. A escala é composta por 115 itens, tratando-se de uma versão reduzida da *Adolescent Psychopathology Scale (APS)*. A APS-SF destina-se a avaliar sintomas de perturbações psicológicas em adolescentes, sendo também consistente com a especificação de sintomatologia do DSM-IV-TR (2002). A forma reduzida da escala APS foi desenvolvida de forma a facilitar a sua aplicação e preenchimento de aproximadamente 20 minutos.

A APS-SF foi traduzida e validada para a população portuguesa por Lemos (2007), publicada por Lemos, Faísca, & Valadas (2011) com uma amostra de 656 adolescentes, apresentando boas características psicométricas em termos de validade interna e de construto.

Apesar do instrumento integrar doze escalas clínicas, no presente estudo foi utilizada somente a escala de problemas de comportamento, coincidente com o diagnóstico de Perturbação de Comportamento presente no DSM-IV (2002). Esta escala clínica possui 15 itens que avaliam um conjunto de comportamentos antissociais, incluindo roubo, lutas, mentiras, crueldade a animais, uso de arma durante uma luta, destruição de propriedade, fogo-posto, não adesão a regras em casa e na escola, problemas com a polícia ou autoridade escolar e outros problemas de comportamento. Todos os itens são avaliados de acordo com a presença ou ausência dos mesmos nos últimos seis meses.

Na APS-SF as pontuações brutas obtidas numa determinada escala foram transformadas em notas *T*.

5.4 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory – BSI*) é uma versão abreviada do SCL-90 de Derogatis, construído pelo autor em 1982. O inventário

é composto por 53 itens, quês e apresentam numa escala do tipo likert de cinco pontos (de “nunca” – 0 a “muitíssimas vezes” – 4).

A versão portuguesa do instrumento foi adaptada primeiramente por Canavarro (1999) para a população adulta (Canavarro, 1999). O estudo das características psicométricas do instrumento para a população adolescente portuguesa foi efetuada por Lemos (2007) com uma amostra de 628 adolescentes, revelando boas qualidades psicométricas.

Embora o BSI avalie uma vasta amplitude de sintomas psicopatológicos descritos em várias dimensões, no presente estudo irá recorrer-se apenas ao Índice Geral de Sintomas (IGS) que nos irá proporcionar uma visão acerca da existência de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade.

O Índice Geral de Sintomas é calculado através da soma das pontuações de todos os índices, dividido pelo número total de respostas (53 se não existirem respostas em branco).

5.5 - Interpersonal Reactivity Index (IRI)

O Índice de Reatividade Interpessoal de Davis (*Interpersonal Reactivity Index - IRI*; (Davis, 1983). Este índice assenta numa conceção multidimensional de empatia e baseia-se em quatro subescalas: tomada de perspetiva, preocupação empática, desconforto pessoal e fantasia. O instrumento foi adaptado por Limpo, Alves, & Catro (2010) com recurso a uma amostra de 478 estudantes universitários, apresentando uma boa consistência interna.

O IRI é composto por 28 afirmações sobre pensamentos e sentimentos que a pessoa pode ou não ter experienciado. As 28 afirmações são parte integrante de quatro subescalas sendo elas a Tomada de Perspetiva (que reflete a tendência para adotar os pontos de vista dos outros), a Preocupação Empática (que mede a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro), o Desconforto Pessoal (que avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais intensos) e a Fantasia (que avalia a propensão da pessoa para se colocar em situações fictícias). A dimensão cognitiva da empatia é apreciada através da tomada

de perspetiva, e a dimensão afetiva é avaliada com recurso às restantes subescalas. Para cada afirmação/item o individuo deverá indicar em que medida essa afirmação se aplica a si próprio, utilizando para isso uma escala de resposta de cinco níveis (Davis, 1983; Limpo et al.(2010).

A cotação do IRI é feita a partir da soma dos valores por subescala e fazendo a média, sendo que nos itens invertidos também as cotações são invertidas.

6 – Procedimentos

6.1 - Procedimentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos na região do Algarve, em quatro Casas de Acolhimento dos concelhos de Tavira, Faro e Portimão (grupo 1) e em duas escolas públicas do conselho de Portimão (grupo 2).

Primeiramente, foram contactados os diretores das escolas (amostra escolar), e das diferentes instituições (amostra institucional) com vista á autorização de recolha de dados. Após a obtenção das autorizações procedeu-se à recolha dos dados. A par da recolha de dados dos adolescentes, foi também recolhida informação junto dos técnicos das diferentes instituições, através do instrumento referido anteriormente.

6.2 - Procedimentos de análise de dados

Feita toda a recolha de informação, o tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa *SPSS Statistics 23*.

Resultados

De forma a ir ao encontro dos objetivos delineados para a presente investigação, comparamos os dois grupos (adolescentes institucionalizadas e adolescentes não institucionalizadas) em função do índice geral de sintomas psicopatológicos, dos problemas de comportamento e das dimensões da empatia (preocupação empática, tomada de perspectiva, fantasia e desconforto interpessoal).

De seguida apresentam-se também as análises correlacionais entre as principais variáveis deste estudo (índice geral de sintomas, problemas de comportamento e dimensões da empatia).

1 - Resultados ao nível do índice geral de sintomas, dos problemas de comportamento e dos domínios da empatia entre grupos

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos no índice geral de sintomas, nos problemas de comportamento e nos domínios da empatia das adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas, como também as diferenças significativas em função dessas mesmas variáveis. Para tal, recorreu-se ao teste estatístico de comparação de médias *t* de *Student*.

1.1 - Resultados ao nível do índice geral de sintomas entre adolescentes institucionalizadas e não institucionalizadas

Na tabela 1.1.1 podemos observar se os resultados obtidos relativos às diferenças do índice geral de sintomas utilizando a Média, Desvio-Padrão e Teste *t* Student. Os resultados obtidos apontam para a presença de sintomas psicopatológicos mais elevada no grupo de adolescentes institucionalizadas (M=1,521; DP=0,758) em comparação ao grupo de adolescentes não institucionalizadas (M=1,360; DP=0,772).

No entanto, os resultados ao nível do teste *t* indicam a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao índice geral de sintomas ($t=1,182$; $p=0,468$).

Tabela 1.1.1 - Resultados ao nível do índice geral de sintomas nos dois grupos (institucionalizadas versus não institucionalizadas) (Média, Desvio-Padrão e Teste t de Student) n=142

	Institucionalizadas (n=50)		Não institucionalizadas (n=92)		Teste t de Student	
	M	DP	M	DP	t	p
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1,521	0,758	1,360	0,772	1,182	0,468

1.2 - Resultados ao nível do s problemas de comportamento entre grupos

Os resultados obtidos sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito aos problemas de comportamento ($t=2,257$; $p=0,001$), sendo que o grupo de adolescentes institucionalizadas apresenta significativamente mais problemas de comportamento ($M=-2,724$; $DP=17,935$) do que o grupo de adolescentes não institucionalizadas ($M=-8,902$; $DP=14,004$). Na tabela 10 encontram-se os resultados obtidos relativos às diferenças dos problemas de comportamento utilizando o Teste *t* Student.

Tabela 1.2.1 - Diferenças em relação aos problemas de comportamento nos dois grupos (institucionalizadas versus não institucionalizadas) (Média, Desvio-Padrão e Teste t de Student) n=142

	Institucionalizadas (n=50)		Não institucionalizadas(n=92)		Teste t de Student	
	M	DP	M	DP	t	p
Problemas de Comportamento	-2,724	17,935	-8,902	14,004	2,257	0,001**

1.3 - Diferenças das dimensões da empatia entre grupos

Como podemos observar na tabela 1.3.1, os resultados obtidos sugerem a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito aos domínios da empatia, quer na subescala tomada de perspectiva ($t=-1,453$; $p=0,500$), quer na subescala preocupação empática ($t=1,459$; $p=0,167$), quer ao nível da dimensão fantasia ($t=0,305$; $p=0,108$) e de desconforto interpessoal ($t=1,785$; $p=0,886$).

Tabela 1.3.14 - Diferenças em relação aos domínios da empatia nos dois grupos (institucionalizadas versus não institucionalizadas) (Média, Desvio-Padrão e Teste t de Student) n=142

	Institucionalizadas (n=50)		Não institucionalizadas (n=92)		Teste t de Student	
	M	DP	M	DP	t	p
Tomada de perspectiva	2,191	0,608	2,328	0,489	-1,453	0,500
Preocupação empática	2,060	0,583	2,196	0,499	1,459	0,167
Fantasia	2,108	0,788	2,068	0,683	0,305	0,108
Desconforto Pessoal	2,363	0,713	2,146	0,708	1,785	0,886
Dimensão Cognitiva	2,191	0,608	2,328	0,489	-1,453	0,500
Dimensão Afetiva	2,131	0,475	2,179	0,394	0,631	0,174

Embora as diferenças entre grupos não sejam estatisticamente significativas, quando comparadas as médias obtidas, verificamos que o grupo de adolescentes não institucionalizadas apresentam valores mais elevados no que concerne à preocupação empática e à tomada de perspectiva relativamente ao grupo de adolescentes institucionalizadas. O contrário verificamos nos domínios de fantasia e desconforto pessoal, em que são apresentados valores superiores no grupo de adolescentes institucionalizadas quando comparadas ao grupo de adolescentes não institucionalizadas.

No que diz respeito às duas dimensões principais da empatia, verificamos que o grupo de adolescentes não institucionalizadas apresentam valores superiores ao grupo de adolescentes institucionalizadas, quer na empatia cognitiva quer na empatia afetiva, embora sem significância estatística.

2 - Análises correlacionais ao nível do índice de sintomas psicopatológicos, dos problemas de comportamento e das dimensões da empatia.

De seguida apresentamos os resultados das análises correlacionais de Pearson efetuadas entre as principais variáveis em estudo (índice de sintomas psicopatológicos, problemas de comportamento e dimensões da empatia) e variáveis sociodemográficas (idade, estrutura familiar, fugas à escola, retenções escolares, nível socioeconómico), Num segundo momento, iremos averiguar possíveis associações entre as principais variáveis em estudo.

2.1 - Correlações entre as variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas

2.1.1 - Resultados ao nível da escala de psicopatologia do adolescente e as variáveis sociodemográficas em estudo.

Apresentados os resultados na tabela 2.1.1.1, observamos que no grupo de adolescentes institucionalizadas, apenas a estrutura familiar correlaciona-se de forma positiva estatisticamente significativa ($r = -0,412$; $p = 0,005$) com a presença de sintomas nas adolescentes.

Nas jovens não institucionalizadas verificamos que o nível socioeconómico correlaciona-se de forma positiva ($r = 0,216$; $p = 0,041$) com a presença de sintomas psicopatológicos no grupo de adolescentes, sugerindo que um nível socioeconómico mais elevado está associado a maior presença de sintomas. Quanto às restantes variáveis, estas não se correlacionam significativamente com o índice geral de sintomas psicopatológicos.

Tabela 2.1.1.1 - Correlações de Pearson entre a escala de psicopatologia e as variáveis sociodemográficas

	Índice Geral de Sintomas (IGS)			
	Institucionalizadas (n=50)		Não Institucionalizadas (n=92)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Idade	0,042	0,774	-0,094	0,379
Estrutura familiar	0,412**	0,005	-0,237**	0,025
Reprovações	-0,058	0,687	-0,056	0,597
Fugas à escola	0,017	0,907	-0,086	0,423
Nível Socioeconómico	0,022	0,889	0,216*	0,041

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

2.1.2 - Resultados ao nível da escala de problemas de comportamento e as variáveis sociodemográficas em estudo.

De acordo com os resultados obtidos, observamos que no grupo de adolescentes institucionalizadas não foram encontradas correlações significativas entre os problemas de comportamento e qualquer das variáveis sociodemográficas em estudo. Já no grupo de adolescentes não institucionalizadas verificamos a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os problemas de comportamento e a estrutura familiar ($r = 0,370$; $p = 0,000$), bem como uma correlação significativa positiva

entre a existência de problemas de comportamento e as fugas à escola ($r=0,507$; $p=0,000$), sendo esta última variável um indicador de sucesso ou insucesso escolar (consultar tabela 2.1.2.1).

Tabela 2.1.2.1 - Correlações de Pearson entre a escala de problemas de comportamento e as variáveis sociodemográficas

	Problemas de Comportamento (APS)			
	Institucionalizadas (n=50)		Não Institucionalizadas (n=92)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-0,122	0,403	0,026	0,806
Estrutura familiar	0,041	0,787	0,370**	0,000
Reprovações	-0,144	0,330	-0,104	0,325
Fugas à escola	0,219	0,135	0,507**	0,000
Nível Socioeconómico	-0,150	0,332	-0,108	0,307

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

2.1.3 - Resultados ao nível da escala de empatia e as variáveis sociodemográficas em estudo.

Nas tabelas 2.1.3.1 e 2.1.3.2, referentes ao grupo de jovens institucionalizadas, verificamos a existência de correlações positivas estatisticamente significativas entre a variável reprovações e a escala tomada de perspectiva e ainda entre a idade e a tomada de perspectiva no grupo de adolescentes institucionalizadas.

Tabela 2.1.3.1 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes institucionalizadas (n=50)

	Dimensões da Empatia (IRI)							
	Tomada de Perspetiva		Preocupação Empática		Fantasia		Desconforto Pessoal	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	0,028	0,849	0,230	0,108	0,234	0,101	0,293*	0,039
Estrutura familiar	0,123	0,417	-0,151	0,315	0,141	0,349	0,231	0,122
Reprovações	0,287*	0,045	-0,114	0,437	-0,095	0,517	-0,154	0,291
Fugas à escola	0,097	0,508	0,035	0,812	0,003	0,985	-0,025	0,865
Nível Socioeconómico	-0,055	0,721	0,130	0,396	-0,016	0,915	0,196	0,198

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

Tabela 2.1.3.2 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes institucionalizadas (n=50)

	Empatia Cognitiva		Empatia Afetiva	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-0,028	0,514	0,370**	0,008
Estrutura familiar	0,123	0,417	-0,009	0,514
Nível Socioeconómico	-0,055	0,721	0,148	0,331

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

No que concerne ao grupo de jovens não institucionalizadas (consultar tabelas 2.1.3.3 e 2.1.3.4), apenas se destaca a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa, embora fraca, entre a variável *fugas à escola* e a pontuação na escala preocupação empática ($r=-0,366$; $p=0,000$), quer isto dizer que quanto maior o numero de fugas à escola, mais baixo o nível de preocupação empática relatada pelas adolescentes.

Relativamente às dimensões principais da empatia (empatia cognitiva e empatia afetiva), estas parecem não associar-se de forma estatisticamente significativa às variáveis sociodemográficas neste grupo de jovens.

Tabela 2.1.3.3 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes não institucionalizadas (n=92)

	Dimensões da Empatia (IRI)							
	Tomada de Perspetiva		Preocupação Empática		Fantasia		Desconforto Pessoal	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-0,095	0,370	0,107	0,311	-0,006	0,956	-0,176	0,093
Estrutura familiar	-0,96	0,367	-0,123	0,249	0,072	0,500	0,133	0,207
Reprovações	-0,138	0,192	0,133	0,209	0,004	0,967	-0,089	0,401
Fugas à escola	0,001	0,992	-0,366**	0,000	-0,076	0,473	0,051	0,629
Nível Socioeconómico	0,050	0,637	0,079	0,455	-0,150	0,153	-0,106	0,313

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

Tabela 2.1.3.4 - Correlações de Pearson entre a escala de empatia e as variáveis sociodemográficas no grupo de adolescentes não institucionalizadas (n=92)

	Empatia Cognitiva		Empatia Afetiva	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-0,095	0,370	-0,069	0,517
Estrutura familiar	-0,096	0,367	0,082	0,443
Nível Socioeconômico	0,050	0,637	-0,108	0,307

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

2.2 - Correlações entre as variáveis psicológicas (índice geral de sintomas, problemas de comportamento e dimensões da empatia)

Neste ponto irão ser apresentados os valores obtidos nas correlações entre as variáveis principais em estudo em ambos os grupos (adolescentes institucionalizadas e adolescentes não institucionalizadas).

No que concerne aos resultados obtidos através de testes de correlação de Pearson realizadas entre as variáveis principais em estudo, observamos que em ambos os grupos não foram encontradas correlações estatisticamente significativas na grande maioria das variáveis. É de realçar, no entanto, a existência de uma correlação positiva no grupo de adolescentes institucionalizadas entre o desconforto pessoal e a fantasia. No mesmo sentido, é de destacar a correlação entre a preocupação empática e os problemas de comportamento no grupo de adolescentes não institucionalizadas (consultar tabelas 2.2.1 e 2.2.2).

Embora não sejam significativas, em ambos os grupos, existe correlação entre os problemas de comportamento e a tomada de perspectiva, sugerindo que quanto maior a facilidade em colocar-se no lugar do outro, menores serão os problemas de comportamento, bem como uma correlação positiva entre o desconforto pessoal e os problemas de comportamento que sugere que quanto maior a presença de sentimentos de ansiedade e desconforto em situações interpessoais, mais serão os problemas de comportamento.

Tabela 2.2.1 - Correlações de Pearson entre as variáveis psicológicas nas adolescentes institucionalizadas (n=50)

	1	2	3	4	5	6
1 – Índice Geral de Sintomas	-----	-0,135	0,068	0,017	0,054	0,065
2 – Tomada de Perspetiva	-0,135	-----	-0,114	-0,061	-0,049	-0,150
3 – Preocupação Empática	0,068	-0,114	-----	-0,013	0,219	0,068
4 – Fantasia	0,017	-0,061	-0,013	-----	0,351*	0,048
5 – Desconforto Pessoal	0,054	-0,049	0,219	0,351*	-----	0,022
6 - Problemas de Comportamento	0,065	-0,150	0,068	0,048	0,022	-----

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

Tabela 2.2.2 - Correlações de Pearson entre as variáveis psicológicas nas adolescentes não institucionalizadas (n=92)

	1	2	3	4	5	6
1 – Índice Geral de Sintomas	-----	0,189	0,011	0,141	0,036	-0,138
2 – Tomada de Perspetiva	0,189	-----	0,088	0,114	0,204	-0,139
3 – Preocupação Empática	0,011	0,088	-----	-0,009	0,013	-0,381**
4 – Fantasia	0,141	0,114	-0,009	-----	0,198	0,004
5 – Desconforto Pessoal	0,036	0,204	0,013	0,198	-----	0,088
6 - Problemas de Comportamento	-0,138	-0,139	-0,381**	0,004	0,088	-----

Nota: * correlação é significativa no nível 0,05; ** correlação significativa no nível 0,01

Discussão

O manifestação de psicopatologia na adolescência tem sido associada a fatores como o nível socioeconómico, a estrutura e tamanho da família, sucesso académico e ainda a níveis de empatia (Davis, 1983; Fomby & Sennott, 2013; Graaff et al., 2012; Lemos, 2010; Maguire, 2013).

No que diz respeito à presença de sintomas psicopatológicos avaliados segundo o BSI nas participantes do estudo, estas apresentavam valores médios de sintomas psicopatológicos superiores aos valores médios normativos para o seu grupo de referência da população portuguesa (Lemos, 2010). Assim colocamos a hipótese de que o nível socioeconómico poderá ter impacto na presença de sintomas psicopatológicos, uma vez que, na presente investigação, na sua maioria, em ambas as amostras, um nível socioeconómico baixo surge associado a sintomas psicopatológicos. O nível socioeconómico baixo das famílias é assim um indicador de risco para o desenvolvimento de psicopatologia na adolescência e, por sua vez, para o desenvolvimento de problemas de comportamento (Fomby & Sennott, 2013; Lemos, 2010).

No decorrer do tempo e acompanhando o desenvolvimento da sociedade em geral, a estrutura familiar tradicional tem sofrido algumas alterações, podendo essas alterações estar associadas ao desenvolvimento de psicopatologia e problemas de comportamento. A estrutura familiar monoparental tem-se mostrado nas investigações desenvolvidas como um indicador de risco. Na investigação realizada, na amostra de jovens institucionalizadas verifica-se a predominância de estruturas familiares monoparentais, enquanto que no grupo de jovens da comunidade geral predominam as estruturas familiares intactas. Os resultados obtidos da associação entre o tipo de estrutura familiar e a existência de sintomas psicopatológicos sugeriu uma associação entre as variáveis apenas no grupo de adolescentes institucionalizados, confirmando a associação já descrita na literatura entre a estrutura familiar monoparental e a presença de sintomas psicopatológicos (Fomby & Sennott, 2013; Rubio et al., 2014). Sugerimos que para este resultado irá interferir também o fato de que famílias monoparentais estão associadas a maiores dificuldades económicas, o que por si só reforça a tendência para a presença de sintomas psicopatológicos.

O insucesso escolar tem sido também apontado como um possível indicador de risco na presença de sintomas psicopatológicos na adolescência.

Na presente investigação, o insucesso escolar foi avaliado consoante o número de reprovações e de fugas à escola. O grupo de adolescentes não institucionalizadas apresenta maior insucesso escolar quando comparadas ao grupo de adolescentes não institucionalizadas, apresentando maior número de reprovações e fugas à escola. Contudo, não foi possível verificar uma correlação estatisticamente significativa entre o insucesso escolar e a presença de sintomas psicopatológicos.

Relativamente aos problemas de comportamento, ambos os grupos apresentam médias inferiores às referenciadas para a população portuguesa adolescente (Lemos, 2010).

No entanto, quando comparámos os níveis médios da presença de sintomas psicopatológicos e presença de problemas em ambas as amostras verificamos que as jovens institucionalizadas têm mais sintomas psicopatológicos e mais problemas de comportamento que as jovens não institucionalizadas, existindo diferenças significativas entre os grupos nos problemas de comportamento. Estes dados vão de encontro a investigações anteriormente feitas de Silva, Lemos, & Nunes (2013) onde num estudo comparativo entre adolescentes da população geral e adolescentes institucionalizados, os jovens institucionalizados apresentaram níveis mais elevados de problemas de comportamento e maior presença de sintomas psicopatológicos que os jovens da amostra comunitária. Ao mencionar esta associação, é importante referir que o grupo de adolescentes institucionalizadas apresentam uma história de vida repleta de fatores de risco, o que as colocou em situação de institucionalização, pelo que estarão mais propensas a sintomatologia psicopatológica, quando comparadas com adolescentes não institucionalizadas, como indica Vermeiren (2003).

A presença de problemas de comportamento têm sido também associada ao insucesso escolar. Jimerson & Ferguson (2007) ao realizarem um estudo longitudinal com 784 sujeitos, desde o Ensino Básico até ao Ensino Secundário, concluíram que os adolescentes que tinham histórico de retenções escolares apresentavam mais problemas de comportamento comparativamente aos adolescentes que transitavam de ano letivo. Os dados que obtivemos na presente investigação, embora não expressem um valor estatisticamente significativo, vão de encontro à literatura, sugerindo que a presença de

retenções escolares está associada de forma negativa à presença de problemas de comportamento (Wu & colaboradores 2008).

Com o crescente interesse na influência da empatia no surgimento de sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento, surgiram dados na literatura que sugerem essa associação (Barriga, Sullivan-cosetti, & John, 2009; Beven et al., 2004; Brouns et al., 2013; Davis, 1983; Robinson, Roberts, Strayer, & Koopman, 2007; Soderstram, 2003), referindo como indicador de risco os níveis de empatia baixos. Na amostra estudada, foi possível verificar que as jovens institucionalizadas apresentavam níveis de empatia mais baixos que as jovens não institucionalizadas e que os resultados dos níveis médios de empatia de ambos os grupos se situavam abaixo dos níveis normativos para a população adolescente portuguesa (Limpo et al., 2010).

No que concerne à distinção entre empatia cognitiva e empatia afetiva, tem sido sugerido que os adolescentes com baixos níveis da componente afetiva apresentam mais sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento (Jolliffe & Farrington, 2004). Na investigação apresentada, as adolescentes não institucionalizadas apresentam valores superiores ao grupo de adolescentes institucionalizadas, quer na empatia cognitiva quer na empatia afetiva, demonstrando maior facilidade na compreensão do estado emocional da outra pessoa, bem como maior facilidade em agir/responder de forma congruente a esse estado emocional.

Embora não seja significativa a correlação negativa encontrada entre os problemas de comportamento e os níveis de empatia, tal como Brouns et al.(2013) concluíram nos seus estudos, os resultados indicam que níveis de empatia mais baixos estão associados a maiores problemas de comportamento. Para este resultado, poderemos sugerir que, uma vez que os baixos níveis de empatia remetem para a dificuldade do adolescente se colocar no lugar do outro, o adolescente com baixos níveis de empatia poderá ter mais tendência para gerar situações conflituosas que o conduzam aos problemas de comportamento.

Nas dimensões de empatia relativas à Tomada de Perspetiva, Preocupação Empática e Fantasia, ambos os grupos de jovens obtiveram resultados inferiores à média do seu grupo de referência da população portuguesa, ao contrário da dimensão Desconforto Interpessoal em que quer as jovens institucionalizadas quer as jovens não institucionalizadas apresentaram valores superiores à média da população portuguesa.

Baixos níveis nas subescalas Tomada de Perspetiva e Preocupação Empática e altos níveis na subescala Desconforto pessoal tendem a estar associados a problemas de comportamento (Beven et al., 2004; Hawk et al., 2012; Davis 1994).

Embora não sejam significativas, nos resultados obtidos, verificara-se associações que vão de encontro aos estudos anteriormente mencionados. Verificou-se que quanto mais elevados os níveis de tomada de perspetiva, menos serão os problemas de comportamento. O mesmo se observou relativamente à preocupação empática no grupo de adolescentes não institucionalizadas. Quanto ao desconforto pessoal, em ambos os grupos constatou-se a tendência de quanto maiores os valores de desconforto pessoal, mais serão os problemas de comportamento.

Conclusão

O estudo da psicopatologia na adolescência tem suscitado o interesse de diversos autores no sentido de compreender o seu desenvolvimento e os fatores individuais e contextuais adjacentes à psicopatologia. Neste sentido tem também sido estudado o papel da empatia e das suas dimensões no surgimento de psicopatologia neste período de vida. A presente investigação teve como objetivo principal o estudo de psicopatologia na adolescência, procurando encontrar eventuais associações entre os problemas de comportamento (como forma de psicopatologia internalizada neste período de vida), os níveis de empatia e o índice geral de psicopatologia, numa amostra feminina, dividida em dois grupos (grupo de adolescentes da comunidade geral e grupo de adolescentes institucionalizadas).

A revisão da literatura permitiu-nos encontrar alguns fatores de risco associados às variáveis acima mencionadas, nomeadamente fatores contextuais e fatores individuais. No que diz respeito à análise de possíveis indicadores de risco psicossocial no presente estudo, os resultados obtidos apontaram para a estrutura familiar monoparental e nível socioeconómico baixo como associados a relatos de sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento.

Relativamente à comparação entre os grupos estudados, investigações remetem para a existência de mais problemas de comportamento, mais sintomas psicopatológicos e menores níveis de empatia em adolescentes institucionalizados, comparativamente aos adolescentes da comunidade geral não institucionalizados (Silva, Lemos, & Nunes, 2013; Limpo et al., 2010), dados estes coincidem com os resultados obtidos na nossa investigação.

Relativamente aos resultados dos níveis de empatia, as associações encontradas não remetem para expressões significativas de outras variáveis nos diferentes domínios da empatia, contudo consideramos importante destacar a associação entre os baixos níveis de empatia e a presença de problemas de comportamento.

Estudar os fatores de risco que poderão estar na base do surgimento de sintomas psicológicos e de problemas de comportamento poderá auxiliar na construção de

respostas mais adequadas a este tipo de situações e, neste contexto, a empatia deve ser encarada como uma moderadora das atitudes e comportamentos dos adolescentes. Respostas que se centrem no desenvolvimento de competências empáticas nos adolescentes poderão ajudar à diminuição dos problemas de comportamento dos mesmos.

Consideramos também importante apontar algumas das limitações da nossa investigação. A primeira prende-se ao tamanho da amostra de adolescentes institucionalizadas, que limita a extrapolação dos resultados encontrados para a população nacional de raparigas institucionalizadas. Também o fato de serem utilizados instrumentos de autoresposta leva a maior suscetibilidade de desejabilidade social nas respostas das adolescentes.

O fato dos dados familiares terem sido recolhidos com recurso ao preenchimento dos questionários por técnicos responsáveis pelos adolescentes, e não pela própria família, poderá também levar a algumas inferências não totalmente corretas por não corresponderem à realidade familiar, levando ainda à existência de muitos dados omissos neste questionário dirigido aos técnicos.

Salientando a importância deste tipo de pesquisas na compreensão da realidade dos jovens institucionalizados e não institucionalizados, seria interessante abranger ambos os géneros de forma a averiguar possíveis diferenças nas variáveis estudadas. Em investigações futuras, sugere-se a integração de novas variáveis referentes às dinâmicas familiares (relações mãe-filho, pai-filho, existência de conflitos familiares, educação parental) como forma de tentar compreender de que forma estas variáveis se associam ou não às variáveis já em estudo.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association IV (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (2ª. Edição – Tradução Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association 5 (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Avila, Sueli. (2005). A adolescência como ideal social. In *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente*. São Paulo.
- Barriga, A. Q., Sullivan-cosetti, M., & John, C. (2009). Moral cognitive correlates of empathy in juvenile delinquents, 264, 253–264. <http://doi.org/10.1002/cbm>
- Beven, J. P., Brien-malone, A. O., & Hall, G. (2004). Using the interpersonal reactivity index to assess empathy in violent offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, 1(2), 33–41.
- Brouns, B. H. J., De Wied, M. A., Keijsers, L., Branje, S., Van Goozen, S. H. M., & Meeus, W. H. J. (2013). Concurrent and prospective effects of psychopathic traits on affective and cognitive empathy in a community sample of late adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(9), 969–976. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12052>
- Chambers, J. R., & Davis, M. H. (2012). The Role of the Self in Perspective-Taking and Empathy: Ease of Self-Simulation as a Heuristic for Inferring Empathic Feelings. *Social Cognition*, 30(2), 153–180. <http://doi.org/10.1521/soco.2012.30.2.153>
- Church, W. T., Tomek, S., Bolland, K. a., Hooper, L. M., Jagers, J., & Bolland, J. M. (2012). A longitudinal examination of predictors of delinquency: An analysis of data from the Mobile Youth Survey. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2400–2408. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.09.007>
- Da Silva, D. R., Rijo, D., & Salekin, R. T. (2013). Child and adolescent psychopathy: Assessment issues and treatment needs. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 71–78. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2012.10.003>
- Davis, M. H. (1983). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Farruggia, S. P., & Geramo, G. R. (2015). Problem behavior among older youth in foster care: Examining gender. *Children and Youth Services Review*, 48, 20–30. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.11.005>
- Foley, D. L., Pickles, A., Rutter, M., Gardner, C. O., Maes, H. H., Silberg, J. L., & Eaves, L. J. (2004). Risks for conduct disorder symptoms associated with parental alcoholism in stepfather families versus intact families from a community sample.

Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45(4), 687–696. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00263.x>

Fomby, P., & Sennott, C. a. (2013). Family structure instability and mobility: The consequences for adolescents' problem behavior. *Social Science Research*, 42(1), 186–201. <http://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.08.016>

Giovacchini, P. L. (2001). Dangerous Transitions and the Traumatized Adolescent. *American Journal of Psychoanalysis*, 61(1), 7–22. <http://doi.org/10.1023/A:1002731924731>

Graaff, J. Van Der, Branje, S., Wied, M. De, & Meeus, W. (2012). The Moderating Role of Empathy in the Association Between Parental Support and Adolescent Aggressive and Delinquent Behavior, 38(July), 368–377. <http://doi.org/10.1002/ab.21435>

Hawk, S. T., Keijsers, L., Branje, S. J. T., Van der Graaff, J., de Wied, M., & Meeus, W. (2012). Examining the Interpersonal Reactivity Index (IRI) Among Early and Late Adolescents and Their Mothers. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 120625105255009. <http://doi.org/10.1080/00223891.2012.696080>

Instituto da Segurança Social. (2015). CASA 2014: Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens, 1–74.

Istituto Para O Desenvolvimento Pessoal do Ministério Social e Solidariedade Social. (2000). Crianças e Jovens que Vivem em Lar: Caracterização Sociográfica e Percursos de Vida, Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.

Jimerson, S. R. & Ferguson, Ph. (2007). A longitudinal study of grade retention: Academic and behavioural outcomes of retained students. *School Psychology Quarterly*, 14 (3), pp. 314-339.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending : A systematic review and meta-analysis, 9, 441–476. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2003.03.001>

Lardén, M., Melin, L., Holst, U., & Långström, N. (2006). Moral judgement, cognitive distortions and empathy in incarcerated delinquent and community control adolescents. *Psychology, Crime & Law*, 12(5), 453–462. <http://doi.org/10.1080/10683160500036855>

Lemos, I. (2014). CONTEXTUALIZAR A DELINQUÊNCIA JUVENIL Para uma intervenção centrada nos recursos de resiliência. *Omnia*, 1, 31–37.

Lemos, I. T. (2010). Risco psicossocial e psicopatologia em adolescentes com percurso delinvente. *Análise Psicológica*, 28(1), 117–132.

Lemos, I. T., Faísca, L. M., & Valadas, S. T. (2011). Assessment of psychopathological problems in the school context: The psychometric properties of a portuguese version of the adolescent psychopathology scale—short form. *Journal of*

Psychoeducational Assessment, 29(1), 63–74.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0734282910362250>

- Limpo, T., Alves, R. a., & Catro, S. L. (2010). Medir a empatia : Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171–184.
- Maguire, E. R. (2013). Exploring family risk and protective factors for adolescent problem behaviors in the caribbean. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1488–1498. <http://doi.org/10.1007/s10995-012-1156-y>
- Miller, P. a., Eisenberg, N., Fabes, R. a., & Shell, R. (1996). Relations of moral reasoning and vicarious emotion to young children’s prosocial behavior toward peers and adults. *Developmental Psychology*, 32(2), 210–219. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.32.2.210>
- Pulkkinen, L. (1998). Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 549–553. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/01737-X>
- Reynolds, W. M. (2000). *Adolescent Psychopathology Scale Short-Form: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Robinson, R., Roberts, W. L., Strayer, J., & Koopman, R. (2007). Empathy and Emotional Responsiveness in Delinquent and Non-delinquent Adolescents. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00396.x>
- Rubio, J. S., Krieger, M. a., Finney, E. J., & Coker, K. L. (2014). A review of the relationship between sociocultural factors and juvenile psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 19(1), 23–31. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2013.11.001>
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 23–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2647779>
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22(9-10), 685–703. [http://doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00116-X](http://doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00116-X)
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 17(1), 35–56.
- Rutter, M., & Uher, R. (2012). Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 24(6), 514–29. <http://doi.org/10.3109/09540261.2012.719862>
- Silberg, J., Rutter, M., D’Onofrio, B., & Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44(5), 664–676. <http://doi.org/10.1111/1469-7610.00153>

- Silva, C., Lemos, I. & Nunes, C. (2013). Acontecimentos de vida stressantes, psicopatologia e resiliência em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 348–355.
- Soderstram, H. (2003). Psychopathy as a disorder of empathy. *European Child&Adolescent Psychiatry*. <http://doi.org/10.1007/s00787-003-0338-y>
- Sroufe, L. a, & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17–29. <http://doi.org/10.2307/1129832>
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in Developmental Psychopatology. *Child Development Perspective*, 3(3), 178–183. <http://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x>.The
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: A descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23(2), pp. 277-318.
- Vreeke, G. J., & van der Mark, I. L. (2003). Empathy, an integrative model. *New Ideas in Psychology*, 21(3), 177–207. <http://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2003.09.003>
- White, R., & Renk, K. (2012). Externalizing Behavior Problems During Adolescence: An Ecological Perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 158–171. <http://doi.org/10.1007/s10826-011-9459-y>
- Wu, W., West, S. G., & Hughes, J. N. (2008). Short-term effects of grade retention on the growth rate of Woodcock-Johnson III broad math and reading scores. *Journal of School Psychology*, 46(1), 85-105.