



A empatia na esquizofrenia – uma revisão da literatura.

Eliana Ferreira Vilaça

Orientador: Professora Doutora Maria Luísa Caruana Canessa Figueira da Cruz Filipe

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em
Psicopatologia

2019



A empatia na esquizofrenia – uma revisão da literatura.

Eliana Ferreira Vilaça

Orientador: Professora Doutora Maria Luísa Caruana Canessa Figueira da Cruz Filipe

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em
Psicopatologia

2019

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico
da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de**

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMO | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| AGRADECIMENTOS | 7 |
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 1.1. A Empatia | 8 |
| 1.2. Teoria da Mente | 10 |
| 1.3. A Esquizofrenia | 10 |
| 1.4. A Empatia na Esquizofrenia | 12 |
| 2. OBJETIVOS | 13 |
| 3. METODOLOGIA | 14 |
| 4. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS | 15 |
| 4.1. Background teórico dos estudos | 15 |
| 4.3. Tipo de instrumentos utilizados | 17 |
| 4.3.1. Instrumentos para o estabelecimento do Diagnóstico de Esquizofrenia 17 | |
| 4.3.2. Instrumentos para o estudo da Empatia | 17 |
| 4.3.3. Avaliação da empatia através de testes de desempenho. | 19 |
| 5. RESULTADOS | 22 |
| 5.1. A empatia na esquizofrenia avaliada através de escalas de auto-avaliação. 22 | |
| 5.2. A empatia na esquizofrenia avaliada através das medidas de desempenho. 23 | |
| 5.3. A empatia na esquizofrenia avaliada através de testes de imagiologia. | 24 |
| 5.4. A relação entre a empatia e os sintomas da esquizofrenia. | 25 |
| 6. DISCUSSÃO | 27 |
| 7. CONCLUSÃO | 30 |
| 8. REFERÊNCIAS | 32 |

RESUMO

A empatia na esquizofrenia tem sido um tema de crescente interesse na comunidade científica. Ainda existe falta de consenso na compreensão deste fenômeno nesta população que resulta, em parte, da dificuldade em estabelecer um conceito de Empatia unificador e operacionalizável para a experimentação empírica.

Esta investigação teve como objetivos 1. Conhecer a diversidade conceptual na definição de empatia nos estudos realizados com população com diagnóstico de esquizofrenia; 2. Conhecer o conceito de empatia mais consensual e frequente nos estudos com maior robustez metodológica; 3. Conhecer a evidência científica de que a empatia está perturbada nas pessoas com esquizofrenia.

Foi realizada uma revisão da literatura dos estudos de maior robustez metodológica realizados entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2019 decorrentes de investigações com sujeitos adultos (maiores de 18 anos), com diagnóstico de Esquizofrenia e estudos que tenham uma amostra superior a 100 sujeitos. Foram excluídos os estudos de caso; meta-análise; comentário; apenas *abstract* disponível.

Apenas 8 estudos cumpriram os critérios metodológicos e nestes não foi observada concordância no que toca à definição do conceito de Empatia.

Os problemas conceptuais identificados e o número reduzido de investigações que cumpriram com os critérios estabelecidos para fazer parte desta revisão leva-nos a afirmar que não foi verificada a evidência científica de que a empatia esteja perturbada na esquizofrenia. Apesar de a evidência científica ser fraca, existem alguns indicadores que apresentaram congruência entre estudos: Os sujeitos com esquizofrenia apresentam pior capacidade de adotar espontaneamente o ponto de vista psicológico dos outros quanto maior for o nível de ansiedade e desconforto em ambientes de tensão interpessoal e quanto mais prevalentes forem os sintomas negativos da doença. O *insight* favorece a capacidade empática nesta população.

Palavras-chave: Empatia, Esquizofrenia, Divergência conceptual, Psicopatologia.

ABSTRACT

Empathy in schizophrenia has seen a rise in attention from the scientific community. The comprehension of the subject within the afore mentioned population, lacks consensus, mainly due to the struggle in establishing a single viable concept for empiric experimentation.

The present investigation has had as main objectives:

1. To get acquainted with the definition of empathy's conceptual variety, based on the conducted research within the schizophrenic population;
2. To understand the most consensual and frequent concept of empathy in the more methodologically sound research;
3. To attain scientific evidence that empathy is disrupted in individuals with schizophrenia.

The revision of literature was conducted with the more methodologically sound studies, that worked with a sample higher than 100 subjects, which took place between January 2008 and January 2019, resulting of investigations with adult subjects (over 18 years old), diagnosed with schizophrenia. Case studies have been excluded; meta-analysis; comment; abstract only available.

Only eight studies fulfilled the methodological criteria, and no concordance was found of the concept of empathy between them.

The identified concept problems and the reduced number of investigations that met the pre-established criteria in order to be considered for this revision, led us to assert that the scientific evidence that empathy is disrupted in schizophrenia was not found. Despite the scarce evidence, there are some congruent indicators between studies: The schizophrenic subjects present a higher difficulty of spontaneously adopting other individuals psychological point of view, greater the extent of anxiety and discomfort in tension filled environments and the more prevalent the negative symptoms of the illness. Insight favors empathetic capacity within this population.

Keywords: Empathy, Schizophrenia, Conceptual divergence, Psychopathology

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Luísa Figueira, pela orientação deste trabalho, mas sobretudo pela disponibilidade, entusiasmo e generosidade com que partilhou comigo o seu vasto conhecimento sobre este tema. Reconheço como um grande privilégio ter usufruído da sua orientação para este trabalho.

Ao centro de documentação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e os seus funcionários por me permitirem a recolha da amostra que faz parte deste estudo.

Ao Professor Doutor Pedro Afonso pela confiança e incentivo para o desenvolvimento de investigação nesta área.

Ao Dr. Nélson Descalço, pela partilha absolutamente generosa e entusiasta de pensamento sobre a investigação nesta área.

Ao Professor Doutor Luís Madeira porque a forma como transmitiu o seu conhecimento pelo tema da Empatia influenciou o meu interesse e a minha escolha para esta investigação.

Ainda um agradecimento especial ao Professor Doutor Vasco Carneiro que dispensou do seu tempo para pensar comigo aspetos metodológicos importantes para esta investigação.

Ao Rui porque está sempre ao meu lado nestas caminhadas. À minha filha Clara, que nasceu durante a realização deste trabalho e transformou o sentido de todas as coisas que faço.

A todos os que acreditam no meu trabalho e me incentivam a persistir nos meus objetivos.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Empatia

A Empatia é um processo dinâmico e intersubjetivo, que é basilar às relações humanas, e está relacionado com a capacidade para aceder à experiência subjetiva e aos estados emocionais do outro.

Tal como referido por Preston & Wall (2002)¹ “O conceito empatia (...) embora tenha sido estudado por centenas de anos, com contribuições da filosofia, teologia, psicologia do desenvolvimento, psicologia social e da personalidade, etologia e neurociência, é um campo de estudo que continua a sofrer de uma falta de consenso sobre a natureza do fenómeno. Superficialmente, o debate decorre da falta de consenso sobre a definição, com uma preponderância de pesquisa e teoria dirigida a determinar se a empatia é um processo emocional ou cognitivo e distinguir a empatia de contágio emocional, simpatia e tomada de perspectiva”.

O termo alemão “*Einfühlung*” foi originalmente usado no domínio da estética na filosofia de Robert Vischer (1873). Teodor Lips (1903) trouxe o termo para o domínio da cognição social para designar a capacidade básica dos seres humanos para compreender os outros. A partir das ideias de Teodor Lips, a descrição do conceito e a compreensão do fenómeno tem evoluído ao longo dos tempos. Foi Edward Titchner (1909) que traduziu *Einfühlung* para “*empathy*”. Na conceção desse teórico norte-americano, o conceito de descrevia a capacidade de conhecer a consciência de outra pessoa e de raciocinar de maneira análoga a ela através de um processo de imitação interna, sendo que, por meio dessa capacidade, pessoas com o mesmo nível intelectual e moral poderiam compreender-se umas às outras (Wispe, 1986)².

Eisenberg & Miller (1987), numa tentativa de compreender o fenómeno do comportamento altruista, apresentaram uma definição de empatia alicerçada na ideia de contágio emocional. Segundo estes autores “*Empathy is defined as an affective state that stems from the apprehension of another's emotional state or condition, and that is congruent with it. Thus, empathy can include emotional matching and the vicarious experiencing of a range of emotions consistent with those of others.*”³ Estes autores debruçaram-se sobre as diferenças entre simpatia e empatia, e referiam que a empatia pressupõe que a emoção de um indivíduo produz uma emoção idêntica no sujeito que

empatiza, enquanto que a simpatia, por oposição, não provoca uma emoção idêntica no sujeito que simpatiza com o outro. Para estes autores, nem a empatia nem a simpatia são originadas a partir do próprio, mas sempre em resposta à emoção de um outro: “*For neither empathy nor sympathy is the focus primarily on the self.*”³

De Vignemont & Tania Singer (2006)⁴ propuseram uma definição mais restritiva que distinguisse empatia de simpatia, tomada de perspectiva ou contágio emocional. Para estes autores “ há empatia se: (1) um está num estado afetivo; (2) este estado é isomorfo para o estado emocional da outra pessoa; (3) este estado é eliciado pela observação ou imaginação do estado afetivo de outra pessoa; (4) sabe-se que a outra pessoa é a fonte do seu próprio estado afetivo.”

Para estes autores, a tomada de perspectiva, sendo um processo cognitivo, não inclui a primeira premissa, uma vez que é possível inferir o estado emocional do outro, sem estar emocionalmente envolvido “*e.g. based on my knowledge of you, I infer from your behavior that you are anxious but I do not feel anxious*”.

No que diz respeito à simpatia, apesar de se referir a um estado emocional, não cumpre a segunda premissa “*e.g. I feel sorry for you because you feel jealous, depressed or angry but I am not jealous or depressed myself*”. Por fim, contágio emocional envolve partilha afetiva mas não cumpre a condição da distinção entre o próprio e o outro “*e.g. the baby starts crying because other babies cry but the baby is not necessarily aware that the other is the source of their affective state*”⁴.

Para esta proposta de clarificação do conceito os autores basearam-se nos achados dos estudos a partir de Ressonância Magnética Funcional que mostraram que, a observação dos estados emocionais de outras pessoas produzia uma ativação das mesmas redes neuronais envolvidas no processamento das mesmos estados emocionais no próprio, quer sejam em relação ao nojo, toque ou dor.

No que toca à distinção entre o self e o outro para a compreensão da empatia, foram fundamentais as contribuições de Martin L. Hoffman, para quem, a empatia, em vez de ser um processo de encontro de emoções exatamente similares, seria uma resposta subsidiária à imagem mental que alguém tem do sofrimento de outrem, o que pressupunha um certo grau de afastamento entre os dois. Para Hoffman (2001)⁵, o desenvolvimento do sentido da existência do outro (como ser separado e distinto) favorece a consciência de que a emoção do outro lhe pertence e é distinta da do próprio.

Decety & Jackson (2004)⁶, propuseram um modelo da empatia a partir de vários níveis de análise que vão desde a psicologia do desenvolvimento, psicologia social,

neurociências cognitivas e neuropsicologia clínica. Segundo os autores, as representações neuronais partilhadas, a autoconsciência, a regulação emocional, e a flexibilidade mental constituem os componentes básicos da empatia, que são sustentados por sistemas neuronais específicos. O propósito dos autores foi criar um modelo funcional que contribuísse para prever défices na empatia, que podem ser encontrados em diferentes formas de perturbações sociais e neurológicas. Para os autores a empatia é definida como uma experiência subjetiva que ocorre naturalmente e que tem a ver com semelhança entre os sentimentos expressos pelo próprio e pelos outros, sem perder a noção a quem pertencem os sentimentos. A empatia envolve assim, quer a dimensão afetiva quer cognitiva (reconhecimento e compreensão do estado emocional de outros).

1.2. Teoria da Mente

Alvin I. Goldman (2012)⁷ discute o conceito de Teoria da Mente, que tem por base a ciência cognitiva e refere-se à capacidade cognitiva de atribuir estados mentais ao próprio e ao outro. Esta definição pode ter outras designações, mas a mais comum é a designação de Mentalização. Para o autor, as atribuições mentais adquirem a forma verbal e não-verbal e todas as linguagens e comunidades têm frases e palavras para descrever estados mentais como sentimentos, percepção corporal, estados emocionais e crenças, desejos ou intenções. Nas interações sociais, as pessoas têm muitas crenças acerca dos estados mentais (dos seus próprios e dos outros), mesmo quando não as verbalizam.

O conceito surgiu como área de interesse na psicologia do desenvolvimento, para explicar a capacidade das crianças, com idade pré-escolar para compreender os estados emocionais dos outros. Para o autor, no entanto, a Teoria da Mente, seria um processo cognitivo distinto de outros como a Imitação ou a Empatia.

Tal como Goldman, Goldstein e Winner (2012)⁸ reforçam a ideia que o fenómeno subjacente à Teoria da Mente (compreender o estado mental dos outros) se distingue do fenómeno de Empatia (sentir os mesmos estados emocionais do outro).

1.3. A Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que acarreta um prejuízo significativo ao nível do funcionamento global do indivíduo.

Em 1896, Emil Kraepelin escreveu o *Tratado de Psiquiatria*, um trabalho detalhado no sentido de reunir e descrever os quadros clínicos conhecidos até à data. As perturbações

características do quadro que atualmente designamos de esquizofrenia, foram categorizados por Kraepelin de Demência Precoce desde as primeiras edições do Tratado de Psiquiatria.

Nas considerações de Kraepelin a Demência Precoce tratava-se de uma perturbação orgânica, que se instalava na juventude dos doentes e que tinha um caráter de deterioração que evoluía para a demência.

Em 1911, Eugénio Bleuler, psiquiatra suíço, embora aceitasse o caráter orgânico da maior parte das manifestações clínicas da doença, questionava se existia uma evolução inevitável para a demência. Propôs a substituição do termo de Demência Precoce pela designação de “Esquizofrenia” – termo grego que etimologicamente significa *esquizo*-divisão e *frenos*-mente/pensamento.

Este autor defendeu uma maior amplitude do termo, preferindo falar de esquizofrenias, no plural, em vez de esquizofrenia. Bleuler defendeu três características fundamentais destes quadros, e que podem ser encontradas isoladamente ou associadas: O autismo (perda de contacto com o mundo exterior, para viver exclusivamente no seu mundo interior); a ambivalência afetiva (atitude psicológica que denota tanto uma coexistência como um antagonismo nas reações afetivo-impulsivas) e a dissociação (forma errada de conectar as ideias, apresentando um pensamento desprovido de associação lógica) (Fonseca,1988) ⁹.

Mais tarde, em 1948 Kurt Schneider deu um forte contributo no sentido de estabelecer os sintomas patognomónicos da doença. Kurt Schneider distinguiu os “sintomas de primeira ordem” e os “sintomas de segunda ordem”.

Atualmente, e de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta edição (2014)¹⁰ a Esquizofrenia é caracterizada por um conjunto de sintomas, que embora não sejam patognomónicos, são elemento de diagnóstico quando surgem em conjunto e associados a um défice funcional. Os sintomas dividem-se em sintomas positivos (como delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico) e sintomas negativos (como diminuição da expressão emocional ou avolição).

As características psicóticas da doença emergem tipicamente no final da adolescência, no sexo masculino e entre o início e a terceira década de vida no sexo feminino.

De acordo com as informações disponibilizadas no site da “*World Health Organization*”¹¹, a esquizofrenia afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo.

1.4. A Empatia na Esquizofrenia

Vários estudos reportam défices na empatia nos doentes com esquizofrenia (Derntl et al., 2009¹²). A maior parte da investigação sobre a empatia na esquizofrenia incide sobre as dimensões afetiva e cognitiva e avaliam a capacidade empática do doente com esta patologia. Gallese (2002)¹³, numa revisão sobre as raízes da empatia, aponta os achados determinantes para a compreensão da empatia na esquizofrenia, que vão para além das dimensões afetiva e cognitiva. São referenciadas pelo autor as perturbações na diferenciação entre o *self* e o outro (Kurt Schneider, 1955); as alterações na estrutura da subjetividade (Minkowski, 1927); a dimensão “autística” do mundo (Blankenburg, 1971) e a dificuldade em estabelecer relações interpessoais de forma intuitiva, não-inferencial (Stanghellini, 2001). O autor sintetiza explicitando que, na esquizofrenia, a incapacidade para estar sintonizado “*attuned*” com o mundo, com a realidade externa, e a própria incapacidade para elaborar uma perspetiva na “primeira pessoa” interferem na possibilidade destes doentes estabelecerem vínculos significativos e ressonância afetiva com outras pessoas.

2. OBJETIVOS

O objetivo desta revisão da literatura foi conhecer os achados científicos mais significativos dos últimos 11 anos no que diz respeito à Empatia na Esquizofrenia. Analisámos os estudos realizados em quatro disciplinas: a Psiquiatria, a Psicologia, a Fenomenologia e as Neurociências.

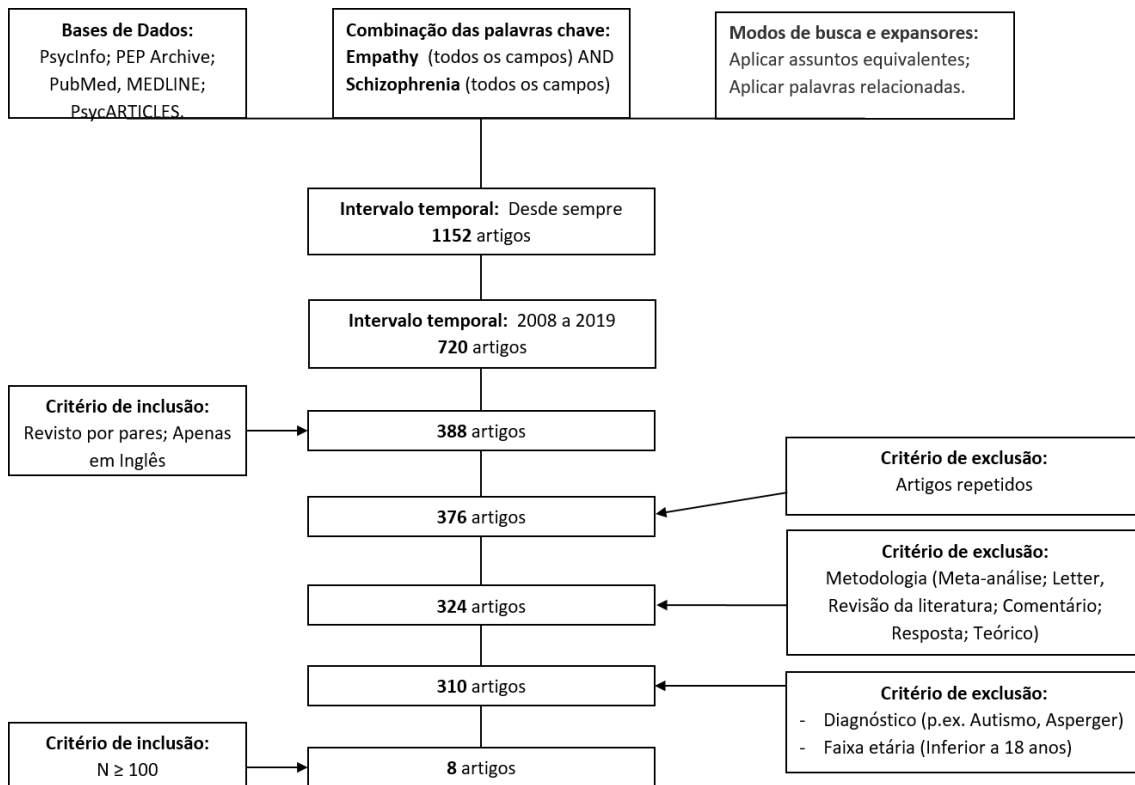
Esta investigação teve como objetivo responder às seguintes questões:

1. Qual é a diversidade conceptual na definição de empatia nos estudos realizados com população com diagnóstico de esquizofrenia?
2. Qual o conceito de empatia mais consensual e frequente nos estudos com maior robustez metodológica?
3. Existe evidência científica de que a empatia está perturbada nas pessoas com esquizofrenia?

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura a partir de quatro bases de dados: PsycInfo; PEP Archive; Pubmed, MEDLINE; PsycARTICLES. A pesquisa foi realizada através das palavras-chaves: Schizophrenia, Empathy.

Foram incluídos no estudo os artigos integralmente escritos em Inglês, com um intervalo temporal de 11 anos (Janeiro de 2008- Janeiro de 2019) decorrentes de investigações com sujeitos adultos (maiores de 18 anos), com diagnóstico de Esquizofrenia e estudos que tenham uma amostra superior a 100 sujeitos. Foram excluídos os artigos com as seguintes características: estudo de caso; meta-análise; comentário; apenas abstract disponível (Esquema 1).



Esquema 1 – Critérios de inclusão e exclusão.

4. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Apenas 8 artigos cumpriram todos os critérios de inclusão para a revisão da literatura.

Foi considerado o número da amostra total (Sujeitos + Controlos ≥ 100), ou seja, o total dos sujeitos com esquizofrenia mais os sujeitos controlo tinha de ser maior ou igual que 100. 100% dos estudos que constam nos artigos são experimentais.

4.1. Background teórico dos estudos

Encontrámos várias definições do conceito de Empatia nos diferentes artigos.

Todos os estudos definem a Empatia como um fenómeno constituído pelas dimensões cognitiva e afetiva, mas não foi observada concordância nas descrições de empatia afetiva e de empatia cognitiva nos diversos estudos.

É consensual nos vários estudos a descrição de Empatia a partir da dimensão da compreensão do outro, embora mesmo nesta descrição, encontremos diferenças conceptuais relevantes. Nos artigos encontramos as seguintes descrições: “*to understand and experience the emotions of others*” (Gagen et al., 2017)¹⁴; “*to process emotional cues (verbal and non verbal) displayed by others*” (Abramowitz, 2014)¹⁵; “*to understand and respond to the emotional experiences of others*” (Fujino et al., 2013)¹⁶; “*sharing and understanding the same emotional experiences as others*” (Smith et al., 2014)¹⁷; “*to understand and share the thoughts and feelings of others*” (Horan et al., 2015)¹⁸; “*capacity to understand others and experience their feelings in relation to oneself*” (Henry, 2008)¹⁹; “*to understandand/or to feel the emotional state of another through direct perception or imagination*” (Lehmann et al., 2014)²⁰.

4.1.2. Empatia cognitiva

Foi observada uma consistência no que diz respeito à definição de empatia cognitiva, todos os estudos definem este fenómeno como a capacidade para **inferir e compreender** os estados emocionais dos outros. Apesar desta consistência, uma parte dos estudos^{15 21} assume que a empatia cognitiva descreve **o mesmo fenómeno** da Teoria da Mente, enquanto outros estudos^{14 19 20} referem que a empatia cognitiva **é um fenómeno que se aproxima** da Teoria da Mente. Esta segunda concepção é mais precisa tendo em consideração a definição original deste fenómeno onde o autor clarifica que a Teoria da Mente, é um processo cognitivo distinto de outros como a Imitação ou a Empatia

(Goldman, 2012)⁷, ou seja, o próprio autor distingue os conceitos de “Empatia” e “Teoria da Mente”, e em alguns estudos esta distinção não é considerada.

4.1.3. Empatia afetiva

No que diz respeito à componente afetiva da empatia, é definida como uma **resposta emocional**: “*experiencing similar emotions and/or physiological responses himself*”; “*also includes the mimicry of others’ emotional states and body language*”¹⁴; “*an appropriate emotional response as a consequence of the emotional state in others*”¹⁶; “*one’s emotional response to the mental state of another*”¹⁹; “*relatively automatic processes through which perceived actions and social cues trigger a shared emotional response*”¹⁸; “*vicarious affective responses*”²⁰.

Em alguns estudos é definida como um fenómeno do **regulação emocional**: “*sharing and detecting the emotions displayed by others, and regulating the emotional response to others*”¹⁵; “*emotion regulation*”²⁰.

Num dos estudos é definida como **tomada de perspetiva**: “*requires perspective-taking through an affective route*”²¹.

A utilização dos termos “*similar emotions*”¹⁴; “*simulating*”¹⁷; “*sharing the same emotional experiences as others*”^{15 17 18}; “*mimicry*”¹⁴; “*perspective-taking*”^{15 21}, revelam uma falta de precisão no que diz respeito a um dos aspetos conceptuais fundamentais que é a distinção entre as emoções do próprio e as emoções do outro, tal como já referido por Martin L. Hoffman (2001)⁵ e reforçado por Decety & Jackson (2004)⁶, estes últimos são inclusivamente os autores mais referenciados nos estudos que fazem parte desta revisão. Apenas 3 estudos^{20 17 15} referem claramente que na empatia, é essencial manter consciente a distinção entre as emoções do próprio e as emoções do outro.

4.2. Características da população

As amostras que constam dos estudos selecionados variam entre 104 e 223 sujeitos no total, ou seja no conjunto de sujeitos avaliados no estudo (Amostra + Controlos: média=140; mediana=147,5). Seis estudos apresentam dados comparativos (sujeitos com esquizofrenia e grupo de controlo) e os dois restantes apenas estudam sujeitos com esquizofrenia. Apenas 3 dos 8 estudos têm uma amostra de sujeitos com esquizofrenia superior a 100. A média de sujeitos com esquizofrenia que constam nas amostras dos estudos é de 101 (intervalo: 55 – 223).

No que diz respeito à idade da amostra dos sujeitos com esquizofrenia, todos os estudos apresentaram as médias das idades dos sujeitos. A média das idades nos estudos é de 38 anos (intervalo: 35,35 – 41,8).

No que diz respeito ao género, 62,4% é o valor médio dos sujeitos masculinos com esquizofrenia que contam nos estudos.

4.3. Tipo de instrumentos utilizados

As variáveis estudadas através de instrumentos de medida nos 8 estudos descritos nos artigos selecionados foram: Diagnóstico da população em estudo (8 em 8); Cognição social (3 em 8); Competências Sociais (3 em 8); Contágio emocional (1 em 8); Empatia (8 em 8); Experiência subjetiva das emoções (1 em 8); Funcionalidade (4 em 8); Insight (1 em 8); Inteligência (5 em 8); Estado neuropsiológico (5 em 8); Tomada de perspectiva das emoções (2 em 8).

Foi observada uma baixa variabilidade nas medidas de avaliação para estabelecimento do diagnóstico mas uma elevada variabilidade nas medidas utilizadas no estudo das restantes variáveis, sobretudo no que toca às medidas de desempenho na avaliação da Empatia.

4.3.1. Instrumentos para o estabelecimento do Diagnóstico de Esquizofrenia

Todos os 8 estudos utilizaram medidas para estabelecer o diagnóstico da população. 6 dos estudos utilizaram a “*Positive and Negative Syndrome Scale*” (PANNS) na sua versão completa ou nas sub-escalas que a compõem e destes, 5 utilizaram em simultâneo a “*Structured Clinical Interview for DSM-IV*” como medida de diagnóstico. 2 estudos utilizaram instrumentos complementares para o diagnóstico de sintomas de depressão, ansiedade e para o diagnóstico da personalidade esquizotípica.

4.3.2. Instrumentos para o estudo da Empatia

A medida mais utilizada para o estudo da Empatia foi o “*Interpersonal Reactivity Index*” (IRI) (7 em 8 estudos). Esta é uma escala de autopreenchimento, desenvolvida por Mark H. Davis²² em 1983 que responde à necessidade de desenvolver uma medida de avaliação multidimensional da empatia e que contemple quer a dimensão Cognitiva quer a dimensão Afetiva. Segundo o autor o racional subjacente ao IRI é que a empatia pode ser melhor compreendida como um conjunto de constructos que se interligam entre eles, mas que também são claramente distintos uns dos outros. Os 28 itens estão divididos em 4

subescalas. Cada uma destas subescalas corresponde a um determinado aspeto do conceito global de empatia. A subescala “*Perspective Taking*” (PT) avalia a tendência a adotar espontaneamente o ponto de vista psicológico dos outros; A subescala “*Fantasy*” (FS) avalia a tendência dos examinandos a imaginar e transpor para si mesmos os sentimentos e ações dos personagens ficcionados em livros, filmes e peças; a subescala “*Empatic Concern*” (EC) avalia os sentimentos de simpatia e preocupação orientados para o outro quando este se sente infeliz; a subescala “*Personal Distress*” (PD) mede os sentimentos do próprio de ansiedade e desconforto em ambientes de tensão interpessoal”²². Uma parte dos itens são apresentados na negativa e outros na positiva. Alguns exemplos dos itens que constituem as subescalas são: “*When I'm upset at someone, I usually try to "put myself in his shoes" for a while. (PT)*”; “*After seeing a play or movie, I have felt as though I were one of the characters. (FS)*”; “*Sometimes I don't feel very sorry for other people when they are having problems. (EC)*”; “*Being in a tense emotional situation scares me. (PD)*”.

Num dos estudos¹⁸ foi utilizado o *Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy* (QCAE) com o objetivo de investigar as qualidades psicométricas do questionário na população com esquizofrenia. O QCAE é constituído por 31 itens e 5 subescalas que avaliam as dimensões cognitiva e afetiva da esquizofrenia.

A escala da Empatia Cognitiva compreende duas subescalas: *Perspective Taking* (avalia em que medida os examinandos conseguem aceder à perspetiva dos outros, ou ver as coisas pelo ponto de vista dos outros) e *Online Simulation* (avalia em que medida os examinandos fazem um esforço para compreender e representar mentalmente os estados mentais dos outros).

A escala de Empatia Afetiva é composta por três subescalas: *Emotion Contagion* (avalia em que medida os examinandos conseguem fazer ressonância emocional a partir da observação dos estados mentais dos outros); *Proximal Responsivity* (avalia a capacidade de resposta emocional aos estados de humor de pessoas que estão próximas física ou emocionalmente, p.ex. amigos); *Peripheral Responsivity* (avalia a capacidade de resposta emocional aos estados de humor dos outros num contexto social do qual o próprio é distante, p.ex. os personagens de um filme).

Os examinandos respondem através de uma escala de likert de 4 pontos que indica quanto é que concordam com cada item.

Segundo os autores¹⁸, o questionário QCAE foi desenvolvido a partir de várias medidas de auto-avaliação da empatia já existentes (incluindo o *Interpersonal Reactivity Index*) e foi submetido a uma extensa análise psicométrica numa extensa população de sujeitos saudáveis. Nestes estudos referenciados pelos autores, o questionário apresentou fortes qualidades psicométricas (Horan, 2015)¹⁸.

Um dos estudos²⁰ utilizou a *Emotional Contagion Scale* (ECS; Doherty, 1997 citado por Lehmann, 2014) que é um questionário que avalia a tendência a sintonizar automaticamente com as emoções dos outros e experienciar as suas emoções. Avalia o contágio emocional a partir de cinco emoções: amor (“*I melt when the one I love holds me close*”); felicidade (“*Being with a happy person picks me up when I'm feeling down*”); medo (“*I notice myself getting tense when I'm around people who are stressed out*”); raiva (“*It irritates me to be around angry people*”) e tristeza (“*If someone I'm talking with begins to cry, I get teary-eyed*”). A escala é composta por 15 itens com respostas de cinco pontos numa escala de likert.

Num estudo¹⁹ foi utilizada a *Empathy Quotient* (EQ; Baron-Cohen and Wheelwright, 2004, citado por Henry, 2008). É um questionário composto por 40 questões que medem a empatia e mais 20 que são itens distratores. Um estudo psicométrico realizado por (Muncer and Ling, 2006, citado por Henry, 2008) indicou boas qualidades psicométricas e adequação para a avaliação da empatia afetiva e da empatia cognitiva, avaliada através de itens distintos.

4.3.3. Avaliação da empatia através de testes de desempenho.

6 dos 8 estudos utilizaram testes de desempenho para a avaliação da empatia porque está identificado que os doentes com esquizofrenia tendem a sobreavaliar a perceção da sua própria empatia, comparativamente com o que é observado em testes de desempenho (Derntl et al., 2009)¹².

Segue-se a descrição dos testes de desempenho utilizados nos diferentes estudos.

- **PEERS - Performance of Empathic Expression Rating Scale**, é uma avaliação das competências sociais e da empatia em doentes com esquizofrenia. É pedido aos participantes que observem um vídeo de 90 segundos onde é apresentado um *role-play* com duas cenas distintas.

A primeira cena envolve competências sociais gerais, e a segunda cena foca-se especificamente numa situação que requer resposta empática (Gagen, 2017)¹⁴.

- **Avaliação da empatia cognitiva com tomada de perspectiva das emoções e avaliação da empatia afetiva com responsividade afetiva**, uma versão adaptada do paradigma de Derntl et al. (2009)¹². Cada tarefa apresenta estímulos faciais standartizados e obriga a uma resposta forçada entre duas hipóteses para cada estímulo apresentado. É cotada a precisão na identificação da emoção e o tempo de resposta (Abramowitz, 2014)¹⁵; (Smith 2014)¹⁷.

- **Perceção do afeto expresso na face**. É uma tarefa que apresenta 30 imagens de faces onde estão expressas emoções de felicidade, tristeza, medo, nojo, raiva e neutralidade. Os participantes devem selecionar a expressão emocional adequada a partir de duas respostas possíveis (Smith, 2014)¹⁷.

- **Resposta afetiva**. Os participantes revelam como se sentiriam face a diversos cenários de caráter emocional, apresentados em 150 frases curtas que descrevem situações neutras e situações com as emoções de felicidade, tristeza, raiva, medo e nojo. São apresentadas duas respostas possíveis, uma das respostas representa a forma como a maior parte das pessoas se sentiria naquele cenário, e outra resposta aleatória. Os participantes selecionam entre as duas opções (Smith, 2014)¹⁷.

- **Avaliação da precisão empática**, uma medida desenvolvida por Kern et al. (2013)²³, onde os indivíduos assistem a 9 vídeos de cerca de 2 minutos e meio, de pessoas a falar de eventos autobiográficos positivos e negativos. Os examinandos pressionam um botão indicando o quanto aquelas pessoas (que falam nos vídeos) se sentem de forma positiva ou negativa (Horan, 2015)¹⁸.

- **Reconhecimento das emoções**. É uma tarefa de reconhecimento das emoções expressas através da face, aplicada através de um programa de computador. São apresentadas 56 imagens a cores, de homens e mulheres que expressam 7 emoções distintas. Os participantes devem selecionar a emoção representada na imagem a partir de uma lista de 7 emoções (Béland, 2017) ²¹.

- **Teste dos olhos – revisto**. Avalia sobretudo a empatia cognitiva. É solicitado aos participantes para selecionar as quatro palavras que melhor descrevam os pensamentos ou sentimentos expressos em 36 imagens de olhos humanos. Para garantir que os participantes atribuem as emoções às pessoas representadas nas imagens, são apenas apresentados estados emocionais complexos, como “vergonha” ou “ciúme” em vez de emoções básicas como “felicidade” ou “raiva” (Henry, 2008) ¹⁹.

A medida complementar utilizada na maior parte dos estudos para avaliar a empatia através de testes de desempenho baseia-se no **Reconhecimento e identificação dos estados mentais de outros, representados através de imagens**. Esta medida baseia-se nos achados de (Decety and Jackson, 2004)⁶ que conceptualizam a empatia como *1) a habilidade para reconhecer emoções no próprio e nos outros através da expressão facial, discurso e comportamento; 2) resposta afetiva, ou seja, partilha do estado emocional dos outros através de uma experiência emocional similar, mas sem perder a consciência de que esta experiência é uma simulação e não a sua própria emoção; 3) tomada de perspectiva emocional, ou seja, a competência para tomar a perspectiva de outra pessoa sem perder a distinção em o próprio e o outro.*

Apesar de a maior parte dos estudos utilizarem como medida de desempenho da empatia testes de reconhecimento e identificação dos estados mentais de outros, representados através de imagens, foi observada uma elevada variabilidade no formato destes testes, o que dificulta a possibilidade de se estabelecerem dados comparativos entre os estudos.

5. RESULTADOS

5.1. A empatia na esquizofrenia avaliada através de escalas de auto-avaliação.

Como acima referido, a medida de avaliação da empatia na esquizofrenia, através da auto-avaliação mais utilizada nos estudos foi o *Interpersonal Reactivity Index* (IRI).

Nos diferentes estudos, os resultados obtidos nesta prova foram os seguintes:

- Na subescala de “*Perspective Taking*” (avalia a tendência a adotar espontaneamente o ponto de vista psicológico dos outros), na maior parte dos estudos foi observado que os sujeitos com esquizofrenia reportam piores capacidades nesta competência do que os grupos de controlo^{14 15 16 17}. Num dos estudos²⁰, estes resultados não foram observados para esta subescala.

- No que diz respeito à subescala de “*Empatic Concern*” (avalia os sentimentos de simpatia e preocupação orientados para o outro quando este se sente infeliz) não foi observada concordância entre os estudos. Em dois estudos^{14 16} não foram referidas diferenças significativas entre grupos (sujeitos com esquizofrenia e grupo de controlo) embora outro estudo¹⁷ referencie piores resultados nesta subescala no grupo de sujeitos com esquizofrenia. Numa investigação¹⁵ uma das variáveis do estudo foi a presença ou ausência de sintomas de depressão nos sujeitos com esquizofrenia. Foi observado que o grupo de doentes com sintomas de depressão não apresentava diferenças significativas comparativamente com o grupo de controlo nesta subescala, contudo, o grupo de doentes sem sintomas de depressão apresentou resultados mais baixos nesta subescala do que os restantes grupos.

- Na escala “*Fantasy*” (avalia a tendência dos examinados a imaginar e transpor para si mesmos os sentimentos e ações dos personagens ficcionados em livros, filmes e peças) não são apresentadas diferenças significativas entre grupos^{14 16 17} mas os sujeitos com esquizofrenia e sintomas de depressão apresentam maiores níveis de fantasia comparativamente aos sujeitos normais e sujeitos com esquizofrenia sem sintomas de depressão¹⁵.

- Os resultados obtidos através da subescala “*Personal Distress*” (mede os sentimentos do próprio de ansiedade e desconforto em ambientes de tensão interpessoal) revelam que os sujeitos com esquizofrenia relatam índices significativamente mais elevados de Stress do que os grupos de controlo^{14 15 16 17 20}.

Os resultados obtidos através da escala “*Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy*” (QCAE) indicaram que os sujeitos com esquizofrenia apresentam um prejuízo ao nível da Empatia Cognitiva, mas pontuam mais do que os grupos de controlo na Empatia Afetiva¹⁸, mas estes resultados são devidos à elevação da subescala de Contágio Emocional. Os autores deste estudo correlacionam estes resultados com o facto de os sujeitos com esquizofrenia demonstrarem défices na regulação emocional, e por serem mais sensíveis às emoções dos outros, são menos capazes de distinguir as suas emoções das dos outros, o que pode contribuir para uma experiência exacerbada de emoções que prejudica a sua capacidade de ser empático de forma adaptativa.

5.2. A empatia na esquizofrenia avaliada através das medidas de desempenho.

Os estudos onde foram utilizadas medidas de desempenho, apresentaram dados comparativos com as escalas de auto-avaliação. Os resultados obtidos indicam que os indivíduos com esquizofrenia revelam pior desempenho nas competências associadas à empatia quando avaliados através de medidas de desempenho^{14 15 17 19 21}, no entanto, nestas medidas de avaliação permanece por esclarecer se o desempenho é pior devido à capacidade empática, ou devido aos prejuízos nas competências sociais, que se sobrepõem na execução destas provas¹⁴. Para além das competências sociais, foi observado que o insight (que se correlaciona com a subescala “*Fantasy*” no IRI) tem um papel fundamental. Os estudos reforçam que quanto maior a capacidade do sujeito para se imaginar a si mesmo no papel de um personagem fictício, maior será a sua capacidade de responder de forma empática às emoções expressas pelos outros¹⁴, tal como já referenciado por Decety & Jackson (2004)⁶. Num estudo sobre o insight clínico, ou seja, a percepção do doente com esquizofrenia acerca da sua doença, é concluído que o insight clínico está significativamente correlacionado com a empatia afetiva²¹.

Os sujeitos com esquizofrenia tendem a apresentar pior precisão e maior tempo de resposta quando lhes é solicitada uma resposta forçada a estímulos emocionais apresentados através de expressões faciais¹⁵, um dos estudos que confirma este resultado aponta para o facto de que este fenómeno é mais acentuado quando o estímulo apresentado é apenas uma expressão facial. Quando o estímulo é apresentado com informação adicional, como o contexto social ou linguagem corporal, o tempo de resposta diminui, quer na população com esquizofrenia, quer nos grupos de controlo, mostrando que estímulos com maior informação de contexto facilitam a resposta afetiva empática

(Smith, 2014)¹⁷. Lehmann (2014)²⁰ observou que, numa população de indivíduos com esquizofrenia paranoide não foram observadas diferenças significativas no que diz respeito à empatia afetiva avaliada através de medidas de desempenho, embora o autor considere que este desempenho, avaliado através de situações hipotéticas, possa não ter correspondência direta para situações reais.

5.3. A empatia na esquizofrenia avaliada através de testes de imagiologia.

Apesar da patologia da esquizofrenia poder envolver uma disrupção da integridade da substância branca permanece incerta qual a sua relação com o déficit de empatia. Fujino (2014)¹⁶ realizou um estudo com o objetivo de avaliar esta hipotética relação. Foram incluídos sessenta e nove pacientes com esquizofrenia e 69 controles saudáveis emparelhados por idade, sexo, lateralidade dominante, educação e QI, submetidos a imagem ponderada de difusão (*Diffusion Weighted Imaging* DWI). As capacidades empáticas foram avaliadas pelo *Interpersonal Reactivity Index* (IRI). Através do método estatístico baseado na projeção espacial dos circuitos neuronais (*Tract-based Spatial Statistics* TBSS), e utilizando como medida de integridade da substância branca as associações entre capacidades empáticas e anisotropia fracionada (FA) da substância branca, foram examinadas no grupo de pacientes as áreas do cérebro que mostraram uma redução significativa da FA em comparação com os controles.

Os pacientes com esquizofrenia relataram menor tendência para adotar espontaneamente o ponto de vista dos outros (subescala *Perspective Taking* do IRI) e maior mal-estar pessoal (subescala *Personal Distress* do IRI). Os pacientes mostraram uma redução bilateral significativa da FA na substância branca profunda nos lobos frontal, temporal, parietal e occipital, grande parte do corpo caloso e corona radiata. Em pacientes com esquizofrenia, a subescala de fantasia (*Fantasy* do IRI) correlacionou-se positivamente com FA nos fascículos fronto-occipitais inferiores esquerdos e radiação talâmica anterior, e a subescala de *Personal Distress* correlacionou-se negativamente com FA no esplênio do corpo caloso.

Esses resultados sugerem que a integridade da substância branca, alterada nessas regiões, constitui uma patologia subjacente a componentes específicos dos défices empáticos na esquizofrenia, salientando-se que diferentes aspetos destes défices teriam, pelo menos parcialmente, bases neuropatológicas distintas (Fujino, 2014)¹⁶.

5.4. A relação entre a empatia e os sintomas da esquizofrenia.

A maior parte dos estudos que fazem parte desta amostra referenciam uma correlação entre os sintomas negativos da esquizofrenia e a capacidade empática. Gagen (2017)¹⁴ indica que os indivíduos com mais sintomas negativos demonstraram piores competências sociais e menos empatia. Neste estudo os sintomas positivos e os sintomas globais avaliados através da PANSS não mostraram correlação com as competências sociais e os itens de empatia, avaliados através da medida de desempenho PEERS (“*Performance of Empathic Expression Rating Scale*”)¹.

Um outro estudo (Matthew J. Smith, 2014)¹⁷ indica que uma baixa resposta afetiva está ligada à presença de sintomas mais severos (positivos e negativos), enquanto que uma baixa capacidade de tomada de perspectiva está associada à presença de sintomas negativos.

William P. Horan (2015)¹⁸ corrobora a ideia que há uma maior capacidade de ser cognitivamente empático quanto menores forem os sintomas negativos (avaliados na “*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*”) e quanto melhor a funcionalidade. No entanto, a elevação dos sintomas depressivos, avaliados através da “*Brief Psychiatric Rating Scale*” parece associada a uma elevação da empatia afetiva.

Num estudo realizado por Amy C. Abramowitz (2014)¹⁵ é sugerido que os sintomas depressivos estão correlacionados com a elevação da escala “*Personal Distress*” do “*Interpersonal Reactivity Index*” (IRI). Mais sintomas depressivos representam mais ansiedade e stress ligado às interações interpessoais. Ainda neste estudo, não foram observadas diferenças significativas no que diz respeito à presença de sintomas depressivos nos doentes com esquizofrenia na capacidade empática avaliada através de medidas de desempenho (apresentação de estímulos emocionais através de imagens de faces, com uma resposta forçada entre duas alternativas para a emoção expressa na imagem).

Num estudo com população com esquizotipia (Henry, 2008)¹⁹, foi identificado que quanto maior a elevação dos sintomas da esquizotipia, piores são as competências empáticas (avaliadas quer através de medidas de auto-avaliação, quer através de medidas de desempenho) e pior funcionalidade social, assim como se verifica um aumento dos afetos negativos.

¹ Uma avaliação realizada através de um role-play, para avaliar as competências sociais e a empatia em doentes com esquizofrenia.

Apenas um estudo dos 8 estudos (Fujino, 2014)¹⁶ apresenta resultados onde não se observa relação entre a presença de sintomas negativos, sintomas positivos e resultados da escala global da PANNS e os resultados das escalas de empatia do *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*.

6. DISCUSSÃO

A empatia na esquizofrenia tem sido um tema de crescente interesse na comunidade científica nos últimos anos, no entanto ainda existe falta de consenso acerca da compreensão deste fenómeno nesta população.

Com o objetivo de conhecer os achados científicos nesta matéria foi realizada uma revisão da literatura dos estudos de maior robustez metodológica realizados entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2019 decorrentes de investigações com sujeitos adultos (maiores de 18 anos), com diagnóstico de Esquizofrenia e estudos que tenham uma amostra superior a 100 sujeitos. Foram excluídos os artigos com as seguintes características: estudo de caso; meta-análise; comentário; apenas abstract disponível.

Foram inicialmente selecionados 720 artigos, mas apenas 8 cumpriram os critérios acima descritos e foram incluídos na revisão.

O presente estudo teve como principais objetivos:

1. Conhecer a diversidade conceptual na definição de empatia nos estudos realizados com população com diagnóstico de esquizofrenia;
2. Compreender qual o conceito de empatia mais consensual e frequente nos estudos com maior robustez metodológica;
3. Avaliar a evidência científica de que a empatia está perturbada nas pessoas com esquizofrenia.

1. Diversidade conceptual.

O conceito de empatia tem sido discutido desde finais do sec. XIX, com contributos de várias disciplinas e até ao momento esta discussão carece de consenso acerca do fenómeno. Todos os estudos que constituem esta amostra definem a Empatia como um fenómeno constituído pelas dimensões cognitiva e afetiva, mas não foi observada concordância nas descrições de empatia afetiva e de empatia cognitiva nos diversos estudos. Um dos problemas mais relevantes, e que é basilar a toda a compreensão do fenómeno, é a imprecisão na descrição do fenómeno. Há diferenças significativas nos fenómenos de “**compreender** os estados emocionais dos outros”; “**partilhar** os estados emocionais dos outros”; “**experienciar** os estados emocionais dos outros”; “**responder emocionalmente** em congruência com os estados emocionais dos outros”; “**ser contagiado** pelos estados emocionais dos outros”; “**sentir as mesmas emoções** que o outro”; “**tomar perspectiva** das emoções dos outros”. Apesar de estes termos implicarem

fenómenos intersubjetivos distintos, são apresentados de forma indistinta na maior parte dos estudos. Percebemos que, os autores dos estudos tendem a adotar uma das formas de compreensão do fenómeno, e tomam-na como única, em vez de fazerem uma discussão do conceito. Assim, podemos perceber que os autores poderão estar a estudar fenómenos distintos aos quais atribuem o nome de Empatia.

O problema comum nesta falta de clareza conceptual, tem a ver com aquilo que é apontado por Martin L. Hoffman (2001)⁵ e reforçado por Decety & Jackson (2004)⁶: Ser empático implica ter uma clara distinção entre as suas emoções e as emoções dos outros; isto é, ter uma clara consciência de que, mesmo que as emoções do outro provoquem uma resposta emocional naquele que empatiza, nunca se perde a consciência que as emoções do outro lhe pertencem. Só desta forma é possível perceber o outro como outro. Assim, expressões como “*similar emotions*”¹⁴; “*simulating*”¹⁷; “*sharing the same emotional experiences as others*”^{15 17 18}; “*mimicry*”¹⁴; “*perspective-taking*”^{15 21}, referem-se a um fenómeno distinto de empatia, no entanto, são apresentadas nos estudos como se descrevessem o mesmo fenómeno.

Decety & Jackson (2004)⁶ são dos autores mais referenciados nas descrições do conceito encontradas nos estudos desta amostra, no entanto, esta distinção para a qual os autores chamam a atenção, não é considerada.

2. Conceito de empatia mais consensual e frequente.

Todos os estudos definem a Empatia como um fenómeno constituído pelas dimensões cognitiva e afetiva, mas não foi observada concordância nas descrições de empatia afetiva e de empatia cognitiva nos diversos estudos, não existindo consenso no que toca à definição do conceito de Empatia. Este é um problema decorrente da falta de distinção entre diferentes fenómenos, como explicitado no ponto anterior.

3. Evidência científica de que a empatia está perturbada nas pessoas com esquizofrenia.

A evidência científica acerca do fenómeno da empatia nas pessoas com esquizofrenia fica comprometida quer pela falta de consenso no plano conceptual observado entre estudos, quer pelo facto de que apenas 8 estudos apresentaram robustez metodológica em 11 anos de investigação. Outros dos aspetos importantes é o facto de ter sido observada uma elevada variabilidade nos testes de desempenho na avaliação da Empatia.

Apesar disso, existem alguns dados apontados pelos estudos que nos pareceram relevantes:

- Os sujeitos com esquizofrenia parecem apresentar pior capacidade de adotar espontaneamente o ponto de vista psicológico dos outros (subescala de “*Perspective Taking*” do IRI) do que os grupos de controlo^{14 15 16 17}. Estes resultados correlacionam-se com o facto de que os sujeitos com esquizofrenia apresentam maiores níveis de ansiedade e desconforto em ambientes de tensão interpessoal (subescala de “*Personal Distress*” do IRI)^{14 16 17 20}. Estes resultados são ainda corroborados quando são utilizadas medidas de imagiologia (Fujino, 2014)¹⁶, onde se pode perceber que quanto mais elevados forem os resultados na subescala de “*Personal Distress*”, mais baixos são os resultados na subescala de “*Perspective Taking*” e estas alterações expressam-se na integridade da matéria branca nesta população.

- Alguns estudos indicam que os sujeitos com esquizofrenia pontuam mais nas escalas de Empatia Afetiva do que os grupos de controlo¹⁵, o que se parece correlacionar com a presença de sintomas depressivos, no entanto os resultados entre estudos não são congruentes. Horan (2015)¹⁸ conclui que a elevação dos sintomas depressivos parece associada a uma elevação da empatia afetiva enquanto que um estudo realizado por Abramowitz (2014)¹⁵ aponta no sentido contrário.

- Indivíduos com mais sintomas negativos apresentam piores competências sociais e menos competências empáticas, sobretudo no que diz respeito à Empatia Cognitiva^{14 17 18}, contudo permanece ainda por esclarecer se o desempenho é pior devido à capacidade empática ou devido aos prejuízos nas competências sociais que estão inevitavelmente interligadas com a empatia¹⁴.

- Apenas um dos estudos (Gagen, 2017)¹⁴ apresenta resultados acerca do papel do *insight* na capacidade empática na esquizofrenia, no entanto estes resultados podem ser considerados relevantes uma vez que corroboram os achados apontados por Decety & Jackson (2004)⁶ no que diz respeito a esta variável.

7. CONCLUSÃO

A tentativa de compreensão da empatia na esquizofrenia tem tido um crescente interesse na comunidade científica. A esquizofrenia é uma perturbação mental que acarreta um prejuízo nas competências sociais e interpessoais, entre as quais a empatia. Os estudos demonstram que permanece por esclarecer se há um verdadeiro prejuízo na capacidade para empatizar com o outro, ou se existe um prejuízo nas competências sociais subsidiárias à empatia que impede que estes doentes estabeleçam uma adequada ressonância afetiva com os outros. Estes resultados vão ao encontro do que já tinha sido observado por Gallese (2002)¹³, que se refere à dificuldade dos doentes com esquizofrenia de estabelecerem vínculos significativos e ressonância afetiva com outras pessoas. Como referido por Hoffman (2001)⁵ e mais tarde reforçado por Decety & Jackson (2004)⁶, o desenvolvimento do sentido da existência do outro (como ser separado e distinto) favorece a consciência de que a emoção do outro lhe pertence e é distinta da do próprio. No meu entendimento, este é um dos aspetos conceptuais mais importantes a ter em consideração no estudo da empatia na esquizofrenia.

Em 11 anos de investigação sobre o tema, apenas 8 estudos cumpriram os critérios metodológicos para serem considerados de estudos de robustez científica para a compreensão da empatia na esquizofrenia e nestes 8 estudos os resultados não são consensuais, por isso, podemos afirmar que não foi verificada a evidência científica de que a empatia esteja perturbada na esquizofrenia.

Foram identificados vários problemas que contribuem para este facto.

O primeiro problema identificado diz respeito à dificuldade em estabelecer um conceito unificador e operacionalizável para a experimentação empírica. Este problema decorre do facto de que a Empatia é um fenómeno da experiência individual subjetiva e intersubjetiva, que é vivenciado de forma distinta em função do contexto, do momento, da predisposição pessoal e das qualidades da relação real onde ocorre. Estas são circunstâncias difíceis de recriar em contexto experimental.

Deste primeiro problema decorre a dificuldade de construção de bateria de testes que estabeleçam uma verdadeira correspondência entre o que está a ser avaliado e a natureza do fenómeno que se pretende avaliar.

Outra dificuldade prende-se com o facto de que no caso da esquizofrenia estão perturbadas competências subsidiárias à empatia, como as competências sociais mas

também competências cognitivas que podem ser fundamentais para a compreensão das tarefas propostas em contexto experimental, o que pode produzir viés que confundem os resultados obtidos.

Esta revisão da literatura tem algumas limitações, como o facto de se circunscrever à investigação empírica, o que escamoteou toda a dimensão de conhecimento proveniente dos estudos teóricos, revisões de literatura e estudos de caso. Uma outra limitação tem a ver com o facto de se ter estabelecido que estudos com amostras inferiores a 100 indivíduos ($N \leq 100$) ficariam excluídos da revisão. Uma vez que é difícil obter sujeitos elegíveis para as investigações em populações de doentes com esquizofrenia, muitos estudos ficaram de fora devido a esta decisão metodológica.

Propõem-se que em futuros trabalhos sobre o tema contemplem uma análise conceptual que contribua para a descrição do fenómeno de forma operacionalizável para a investigação empírica. Os resultados sugerem ainda que futuras investigações empíricas para a compreensão da empatia na esquizofrenia devem contemplar o estudo das seguintes variáveis: as competências sociais; os sintomas depressivos; os sintomas negativos associados à patologia; a ansiedade e desconforto em situações de tensão interpessoal e o insight. No que toca à metodologia recomenda-se uma articulação dos dados obtidos através de medidas de auto-avaliação, medidas de desempenho e testes de imagiologia. As medidas de desempenho devem procurar uma correspondência com as situações reais, com informação de contexto (por oposição aos testes de reconhecimento de emoções expressas em faces) e onde seja avaliada a qualidade da relação onde a empatia ocorre.

8. REFERÊNCIAS

1. Preston, S. D. ; de Waal BM. Empathy : Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci.* 2002;25(1):1-20.
2. Wispé L. History of the concept of empathy. *Empathy its Dev.* 1987:17-37.
3. Eisenberg N, Miller PA. The Relation of Empathy to Prosocial and Related Behaviors. *Psychol Bull.* 1987;101(1):91-119. doi:10.1037/0033-2909.101.1.91
4. de Vignemont F, Singer T. The empathic brain: how, when and why? *Trends Cogn Sci.* 2006;10(10):435-441. doi:10.1016/j.tics.2006.08.008
5. Hoffman ML. *Empathy and Moral Development Implications for Caring and Justice.* (Cambrige, ed.). New York: University Press; 2001.
6. Jackson, Philip L; Decety J. The Functional Architecture of Human Empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004;(May 2014). doi:10.1177/1534582304267187
7. Goldman AI. Theory of Mind. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2012;22(1):402-424. doi:10.1080/13546805.2012.721728
8. Goldstein TR, Winner E. Enhancing Empathy and Theory of Mind. *J Cogn Dev.* 2012;13(1):19-37. doi:10.1080/15248372.2011.573514
9. Fonseca FA. *Psiquiatria e Psicopatologia II Volume.* (Gulbenkian FC, ed.). Lisboa; 1988.
10. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais.* 5ª ed. (Climepsi Editores, ed.). Lisboa; 2014.
11. World Health Organization. World Health Organization. <http://www.who.int/>.
12. Derntl B, Finkelmeyer A, Toygar TK, et al. Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009;108(1-3):197-206. doi:10.1016/j.schres.2008.11.009
13. Gallese V. The Roots of Empathy : The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. 2003:171-180. doi:10.1159/000072786
14. Gagen E, Gibson C, Elliott T, et al. Are social skill and empathy separable constructs? A psychometric evaluation of a new role-play assessment of empathy for individuals with schizophrenia. *J Exp Psychopathol.* 2017;8(2):175-191. doi:10.5127/jep.050715
15. Abramowitz AC, Ginger EJ, Gollan JK, Smith MJ. Empathy, depressive symptoms, and social functioning among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;216(3):325-332. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.028

16. Fujino J, Takahashi H, Miyata J, et al. Impaired empathic abilities and reduced white matter integrity in schizophrenia. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2014;48(0):117-123. doi:10.1016/j.pnpbp.2013.09.018
17. Smith MJ, Horan WP, Cobia DJ, et al. Performance-based empathy mediates the influence of working memory on social competence in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2014;40(4):824-834. doi:10.1093/schbul/sbt084
18. Horan, William P; Reise, Steven P.; Kern, Robert S.; Lee, Junghee; Penn, Davis L.; Green MF. Structure and Correlates of Self-Reported Empathy in Schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2015;(310):60-66. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.04.016.Structure
19. Henry JD, Bailey PE, Rendell PG. Empathy, social functioning and schizotypy. *Psychiatry Res*. 2008;160(1):15-22. doi:10.1016/j.psychres.2007.04.014
20. Lehmann A, Bahçesular K, Brockmann EM, et al. Subjective experience of emotions and emotional empathy in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):825-833. doi:10.1016/j.psychres.2014.09.009
21. Béland S, Lepage M. The relative contributions of social cognition and self-reflectiveness to clinical insight in enduring schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2017;258:116-123. doi:10.1016/j.psychres.2017.09.082
22. Davis MH. Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *J Personal Soc Psychol*. 1983;44(1):113-126.
23. Kern RS, Penn DL, Lee J, et al. Adapting Social Neuroscience Measures for Schizophrenia Clinical Trials, Part 2: Trolling the Depths of Psychometric Properties. *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1201-1210. doi:10.1093/schbul/sbt127