Instituto Superior Miguel Torga

Autocompaixão, autocriticismo e sintomas *borderline* da personalidade: *Scoping review* sobre a relação eu-eu na população adulta e adolescente

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Kátia Filipa Martins e Sá

Coimbra, 2025

Autocompaixão, autocriticismo e sintomas *borderline* da personalidade: *Scoping review* sobre a relação eu-eu na população adulta e adolescente

Kátia Filipa Martins e Sá

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, área de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais sob a orientação do Professor Doutor Diogo Carreiras

ISMT, Coimbra, 2025

Agradecimentos

Ao concluir esta dissertação sinto que chego ao fim de uma longa travessia, uma caminhada com algumas subidas íngremes, estradas incertas, mas também com paisagens deslumbrantes e conquistas profundas. Estes foram, sem dúvida, anos desafiantes e que carregaram muitas dúvidas e receios, mas foram também anos marcados por aprendizagens, superações e momentos de descobertas e um grande crescimento interior.

Esta dissertação é mais do que um trabalho académico, é o reflexo da persistência, dedicação e da resiliência que mantive, mesmo quando a meta parecia distante e o fim do percurso incerto.

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor Diogo Carreiras, pela orientação atenta, pela constante disponibilidade, paciência e incentivo ao longo de todo este trabalho.

Aos meus pais, por todos os sacrifícios. Obrigada por todo o amor incondicional, pela força, apoio e por cada palavra de coragem, obrigada por nunca me deixarem desistir e por acreditarem em mim quando eu mesma duvidei. Esta conquista é tão minha quanto vossa.

Aos meus avós, por todo o carinho e amor. Em especial ao meu avô, por todas as tardes partilhadas em silêncio na varanda, enquanto eu assistia às aulas online. Esses momentos simples, mas cheios de significado, acompanharam-me neste percurso. Esta conquista é também tua e por ti.

À minha família, por todo o apoio, amor e força incondicional ao longo destes anos.

À minha Céu, por todos os cafés e lanches recheados de palavras de amor e coragem que me deram muita força para este que foi o meu maior desafio.

À Daniela, pela amizade, lealdade e carinho. Por todos os áudios e desabafos ouvidos, carregados de incertezas e medo, que sempre foram respondidos com amor, certezas e força. Obrigada por todo o incentivo e ajuda nesta jornada. Obrigada por trazeres luz à minha vida e por seres colo em tantas horas.

Aos meus amigos, à Ana, à Sónia, à Carolina, à Lili, à Kika e ao Nuno, por estarem sempre lá para mim. Obrigada por toda a paciência, compreensão, colo e apoio incondicional.

À Raquel por acreditar sempre em mim, por todo o apoio e amizade. Obrigada por colorires este caminho que tantas vezes me pareceu cinzento.

Ao Tiago obrigada por tudo. Obrigada pela presença em todos os momentos da minha vida e por acreditar sempre que eu seria capaz.

Índice

Resumo 6

Abstract 7

Introdução 10

Perturbação Borderline da Personalidade: Descrição, Sintomatologia e Etiologia 10

Relação Interna Eu-Eu na PBP 12

Sistemas de Regulação do Afeto, Autocriticismo e Autocompaixão 13

Instrumentos de Avaliação de Sintomas de PBP e Relação Interna 15

Resultados 21

Discussão 28

Referências Bibliográficas 34

Resumo

Introdução: A Perturbação *Borderline* da Personalidade é uma perturbação caracterizada por uma profunda instabilidade emocional, comportamentos impulsivos, sentimentos crónicos de vazio e padrões relacionais e internos mal adaptativos. Face à crescente evidência científica sobre a relevância dos processos de relação interna, torna-se fundamental compreender o papel da autocompaixão e do autocriticismo como potenciais fatores protetores ou de vulnerabilidade no desenvolvimento e manutenção da sintomatologia *borderline*.

Objetivo: O presente trabalho teve como objetivo realizar uma *scoping review* sobre a relação entre autocompaixão, autocriticismo e sintomatologia *borderline* em adolescentes e adultos. Procurou-se ainda analisar os efeitos longitudinais destas variáveis, bem como identificar os principais instrumentos utilizados para a sua avaliação.

Método: A pesquisa inicial identificou 238 artigos nas bases de dados selecionadas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados elegíveis 14 estudos, posteriormente avaliados quanto à qualidade metodológica.

Resultados: Os estudos analisados revelam, de forma consistente, uma associação negativa entre autocompaixão e sintomas *borderline* (correlações variando entre r = -0.45 e -0.60) e uma associação direta positiva e forte entre autocriticismo e severidade sintomática (β=0.58; p<.01); verificou-se ainda uma redução significativa dos níveis de autocrítica após intervenções focadas na compaixão e *mindfulness*. Estes padrões são semelhantes em populações adultas e adolescentes. Evidência longitudinal sugere que a autocompaixão atua como fator protetor, enquanto o autocriticismo constitui fator de risco para a evolução da sintomatologia *borderline*. Os instrumentos mais frequentemente utilizados foram a *Borderline Symptom List-23* (BSL-23), a *Self-Compassion Scale* (SCS) e a *Forms of Self-Criticism and Self-Reassuring Scale* (FSCRS).

Discussão e conclusão: A literatura evidencia maior foco na relação entre autocompaixão e sintomatologia *borderline* do que no papel do autocriticismo. Os resultados são congruentes na indicação de que processos de relação interna influenciam significativamente a expressão e evolução de sintomas *borderline* em diferentes grupos etários. Neste sentido, intervenções terapêuticas baseadas no cultivo da compaixão e na redução da autocrítica mostram-se promissoras para atenuar sintomas como impulsividade, vazio e comportamentos autodestrutivos, sublinhando a importância de estratégias clínicas centradas na relação eu-eu.

Palavras Chave: Perturbação Borderline da Personalidade, Autocompaixão, Autocriticismo

Abstract

Introduction: Borderline Personality Disorder is a disorder characterized by deep emotional instability, impulsive behavior, choric feeling of emptiness, and maladaptive relational and internal patterns. In view of growing scientific evidence on the relevance of internal relational processes, it becomes essential to understand the role of self-compassion and self-criticism as potential protective or vulnerability factors in the development and maintenance of borderline symptomatology.

Objective: The present work aimed to conduct a scoping review on the relationship between self-compassion, self-criticism and borderline symptomatology in adolescents and adults. It also sought to analyze the longitudinal effects of these variables, as well as to identify the main instruments used for their assessment.

Method: The initial search identified 238 articles in the selected databases. After applying the inclusion and exclusion criteria, 14 studies were considered eligible and subsequently evaluated for methodological quality.

Results: The studies analyzed consistently reveal a negative association between self-compassion and borderline symptoms (correlations ranging between -0.45 and -0.60) and a strong and positive direct association between self-criticism and symptom severity (β=0.58; p<.01); moreover, a significant reduction in self-criticism levels was observed after interventions focused on compassion and mindfulness. These patterns are maintained in both adult and adolescent populations. Longitudinal evidence suggests that self-compassion acts as a protective factor, while self-criticism constitutes a risk factor for the evaluation of borderline symptomatology. The most frequently used instruments were Borderline Symptom List-23 (BSL-23), Self-Compassion Scale (SCS), and Forms of Self-Criticism and Self-Reassuring Scale (FSCRS).

Discussion and conclusion: The literature shows a greater focus on the relationship between self-compassion and borderline symptomatology than on the role of self-criticism. The results are consistent in indicating that internal relational processes significantly influence the expression and evolution of borderline symptoms in different age groups. In this sense, therapeutic interventions based on the cultivation of compassion and the reduction of self-criticism prove to be promising in attenuating symptoms such as impulsivity, emptiness, and

self-destructive behaviors, highlighting the importance of clinical strategies centered on the self-to-self relationship.
Keywords: Borderline Personality Disorder, Self-Compassion, Self-criticism

Introdução

Perturbação Borderline da Personalidade: Descrição, Sintomatologia e Etiologia

De acordo com a quinta edição revista do Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais (DSM-5-TR; APA, 2023), a Perturbação Borderline da Personalidade Borderline (PBP) caracteriza-se por um padrão persistente de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e na regulação emocional. Um marcador importante desta perturbação são as oscilações de humor rápidas e intensas, que podem alterar entre euforia e tristeza profunda num curto espaço de tempo, e normalmente sem causa aparente (Zanarini et al., 2003). Estas alterações emocionais são, muitas vezes, acompanhadas de sentimentos de pânico, desespero, irritabilidade e um profundo sentimento de vazio (Leichsenring et al., 2011). A dificuldade ao nível da autorregulação emocional manifesta-se em termos comportamentais através de reações desproporcionais a situações do quotidiano como, explosões de raiva, discussões intensas ou comportamentos agressivos (Clarkin et al., 2007). É possível que em episódios de stress elevado, indivíduos com PBP apresentem sintomas dissociativos como ideação paranoide transitória ou despersonalização, podendo em casos mais graves, surgir sintomas psicóticos como alucinações e distorções ao nível na perceção da imagem corporal (APA, 2013). Indivíduos com PBP revelam frequentemente um medo intenso de serem abandonados, podendo este ser um medo real ou imaginário (Gunderson & Links, 2008). Este medo profundo pode levar a esforços desesperados a fim de evitar a rejeição e abandono, manifestando-se, por vezes, através de comportamentos impulsivos, como comportamentos autolesivos não suicidários ou reações agressivas (Linehan, 1993). As suas relações interpessoais tendem a ser intensas e instáveis, oscilando entre fases de idealização e de desvalorização das pessoas próximas (Doering et al., 2010).

A literatura indica que a origem da PBP está interligada com experiências precoces de vida, nomeadamente, no contexto relacional com as suas figuras cuidadoras. Crianças que cresceram em ambientes marcados por negligência, abuso, invalidação ou padrões parentais inconsistentes desenvolveram uma vinculação insegura e apresentam dificuldades de autorregulação emocional, fatores considerados críticos para o desenvolvimento de traços *Borderline* (Linehan, 1993). Um estudo realizado acerca da etiologia da perturbação com 358 pacientes, mostrou que cerca de 84% dos pacientes relatou ter sofrido algum tipo de abuso (físico ou emocional) ou negligência parental antes da idade adulta; 55% relatou uma história de abuso parental na infância e 77% relatou uma

história de negligência parental na infância (Zanarini et al., 2000, como citado por Ramos et al., 2012).

O modelo biopsicossocial de Marsha Linehan, citado por Cromwell (2009), vem confirmar este ponto defendendo que a etiologia da perturbação se encontra na interação entre vulnerabilidades biológicas e os fatores ambientais. A visão de Linehan caracteriza a PBP como uma perturbação de desregulação emocional, onde os sujeitos apresentam alta sensibilidade emocional, dificuldades na gestão de respostas emocionais intensas e dificuldades em retornar ao estado emocional basal. Segundo a autora, o desenvolvimento da perturbação dá-se pela exposição contínua a ambientes invalidantes, onde há o predomínio da rejeição, minimização e onde ocorre a punição da expressão emocional, como em famílias negligentes, críticas ou incoerentes, o que faz com que haja um comprometimento ao nível do desenvolvimento de uma saudável regulação emocional. Como resultado verifica-se a emergência de estratégias desadaptativas para lidar com emoções intensas através de automutilação, impulsividade e instabilidade nas relações interpessoais. A vivência de experiências traumáticas na infância como ambientes familiares invalidantes, abuso físico, sexual ou emocional, negligência, perdas e vínculos inseguros com figuras parentais afetam e impedem o seu desenvolvimento saudável uma vez que, comprometem o desenvolvimento emocional, a capacidade de vinculação, a regulação de afeto e a perceção que tem de si e dos outros.

A PBP apresenta um cariz desenvolvimental, sendo comum que os primeiros sinais e sintomas se manifestem em idades precoces, particularmente durante a adolescência (Carreiras et al., 2022; Kaess et al., 2014; Miller et al., 2008). Esta fase do ciclo de vida representa um marco sensível do desenvolvimento, caracterizado por transformações neurológicas e psicossociais intensas. A adolescência é considerada um período crítico, dado que o cérebro se encontra em processo de maturação, sobretudo nas áreas responsáveis pela regulação emocional, controlo da impulsividade e tomada de decisões. Estas características tornam esta fase do desenvolvimento particularmente vulnerável ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos, entre os quais se incluem a PBP (Kaess et al., 2014; Miller et al., 2008).

Um estudo conduzido recentemente por Carreiras et al., (2022) procurou caracterizar os traços *Borderline* numa amostra comunitária de adolescentes portugueses, onde foram incluídos 1005 adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos. Os resultados mostraram que os traços *Borderline* mais prevalentes nesta faixa etária são os sentimentos de abandono, intensidade

emocional e instabilidade da autoimagem. Foram evidentes algumas diferenças em função do género, nas raparigas foram evidentes níveis mais elevados de traços *Borderline*, o que mostra um perfil mais internalizante, com sentimentos maiores de vazio, uma maior instabilidade emocional e sentimento de solidão. Em contrapartida, os rapazes mostraram comportamentos impulsivos e negligentes quanto a tarefas, o que confirma que há evidência de diferenças de género em relação à expressão dos sintomas *Borderline*. Este estudo reforçou a existência de uma correlação positiva e forte em relação a variáveis como impulsividade, o stress, a ideação suicida, depressão, a ansiedade e autolesão, que a nível estatístico, se constituem como os maiores preditores de traços *Borderline* em adolescentes.

Relação Interna Eu-Eu na PBP

A instabilidade ao nível do afeto, relações interpessoais e autoimagem é uma característica central da PBP. A relação interna que indivíduos com PBP têm consigo mesmos é muitas vezes marcada por uma forte e intensa ambivalência, inseguranças e um elevado autocriticismo (Paris, 2005). Pessoas com PBP apresentam habitualmente uma autoimagem e identidade pessoal frágeis e perturbadas, com ocorrência frequente de mudanças de valores, planos profissionais, objetivos de vida, tipos de amigos ou identidade sexual (Dalgalarrondo & Vilela, 2004). A sensação de vazio quanto à sua identidade está associada a um grande sofrimento emocional, servindo este como base a alguns comportamentos impulsivos como abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, automutilações e tentativas de suicídio, como estratégias alívio de dor e sofrimento emocional sentidos (Leichsenring et al., 2011; Zanarini et al., 2003).

É comumente encontrado em indivíduos com PBP um elevado autocriticismo, assumindo este frequentemente a forma de julgamentos punitivos e hostis associados a sentimentos de vergonha e autoaversão (Gilbert, 2005; Warren, 2015). Este tipo de crítica prejudica a sua regulação emocional, dificultando ao paciente a sua lida com experiências internas e dolorosas, amplificando a sua impulsividade e instabilidade emocional, características típicas da perturbação. Um estudo realizado por Pohl et al. (2020), destacou que as experiências de vida adversas estão associadas e interligadas diretamente com níveis mais baixos de autoestima e autocompaixão, variáveis essas que tendem a agravar a sintomatologia *Borderline*. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de autocompaixão funcionam como fatores de proteção, uma vez que podem atenuar os efeitos resultantes do trauma infantil. Adicionalmente, um estudo de Winter et al. (2015)

mostrou que indivíduos com PBP tendem a evitar estímulos de autoconsciência, como sentar-se diante de um espelho, e fazem-no de forma mais intencional do que indivíduos saudáveis, refletindo um autoconceito mais negativo.

Em contrapartida, estudos parecem indicar que pessoas com PBP apresentam níveis mais reduzidos de autocompaixão, uma resposta/contraponto extremamente importante em relação ao autocriticismo. Trata-se de uma forma saudável e alternativa de tratar a relação do eu com o eu, caracterizada por aceitação, bondade, compreensão e atenção plena. Este conceito, envolve tratar-se de forma calorosa e acolhedora em momentos de dor, fracasso ou imperfeições. Segundo Gilbert (2005, 2009), a autocompaixão é definida como a sensibilidade ao próprio sofrimento, aliada à motivação para o aliviar. É um mecanismo protetor que ativa um sistema de afeto positivo e de conforto, facilitando uma gestão emocional adequada, diminuindo a vergonha e promovendo o bem-estar. Contudo, o processo de cultivar a autocompaixão pode ser desafiado por experiências adversas de vida, especialmente quando a pessoa não teve segurança, apoio e afeto ao longo do seu percurso desenvolvimental, contextos frequentemente reportados por pessoas com PBP. Nessas situações, podem observar-se dificuldades no desenvolvimento de competências de autotranquilização e de resposta compassiva perante o sofrimento pessoal (Castilho, 2011; Gilbert, 2009).

Sistemas de Regulação do Afeto, Autocriticismo e Autocompaixão

Gilbert (2009) desenvolveu uma teoria baseada numa perspetiva evolucionária e neuropsicológica que assenta sobre o funcionamento emocional humano. Ele sugere a existência de três sistemas de regulação de afeto que operam em constante interação: o sistema de ameaça (*threat*), o sistema de procura de recompensas (*drive*) e o sistema de tranquilização ou afiliação (*soothing*). O sistema de ameaça, considerado o mais primitivo, é responsável por detetar perigos internos e externos, estando associado a emoções como medo, raiva, ansiedade e vergonha. Este sistema encontra-se profundamente ligado ao autocriticismo, uma vez que a autocrítica pode surgir como uma tentativa de evitar erros e rejeições, funcionando como uma forma de controlo interno. Indivíduos que cresceram em contextos familiares marcados por críticas, negligência ou punição tendem a apresentar uma ativação crônica deste sistema (Castilho, 2011; Gilbert et al., 2004). Por sua vez, o sistema de procura de recompensas está associado à motivação, entusiasmo e energia

orientada para alcançar objetivos e satisfazer desejos. Estando diretamente ligado à dopamina e a emoções como prazer e entusiasmo, sendo responsável por impulsionar o indivíduo à busca de conquistas, estatuto social e reconhecimento. Por fim, o sistema de tranquilização ou afiliação está relacionado com sentimentos de segurança, calma, vínculo afetivo e autorregulação emocional. É fundamental para o desenvolvimento da autocompaixão, permitindo uma resposta empática e compreensiva perante o sofrimento pessoal. Este sistema está associado à produção de oxitocina, uma substância que promove o bem-estar, reduz a ansiedade e facilita o conforto emocional (Castilho, 2011; Gilbert et al., 2005). Quando ativado, permite ao indivíduo aceder a estados emocionais mais calmos e compassivos. Segundo Gilbert (2009), a desregulação entre estes sistemas, especialmente a ativação crônica do sistema de ameaça sem equilíbrio dos outros, pode estar na origem de diversos problemas psicológicos, como depressão, ansiedade e sentimentos de vergonha.

Gilbert (2000) define o autocriticismo como uma forma de relação do eu com o eu, em que uma parte apenas vê defeitos, acusa, condena e/ou eventualmente se detesta. Trata-se de uma forma hostil e negativa de avaliação pessoal, dirigida a aspetos como a aparência, comportamento, emoções ou traços de personalidade. Segundo a Terapia cognitivo-comportamental, esta relação interna crítica ativa o sistema de ameaça-defesa (Gilbert & Irons, 2004), sendo comum o seu desenvolvimento a partir de vivências precoces marcadas por rejeição, negligência ou ausência de afeto (Castilho, 2011; Gilbert, 2005). Estas experiências moldam o funcionamento emocional e cognitivo, levando a padrões de autocrítica que funcionam como estratégias defensivas, muitas vezes para lidar com o medo da rejeição ou do fracasso. A literatura evidencia que experiências negativas na infância, como abuso, ameaça, rejeição ou negligência afetiva estão associadas ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos na vida adulta (Gilbert et al. 1998). O autocriticismo pode assumir a forma de auto-ataque, emergindo quando o indivíduo percebe falhas em si ou quando os resultados não correspondem às suas expectativas. Trata-se de uma relação interna de ataque e submissão, na qual uma parte do *eu* acusa e condena, enquanto a outra se submete. Este padrão reforça sentimentos de inferioridade, vergonha e desesperança. Gilbert et al. (2004) identificam dois tipos principais de autocriticismo: o "*Eu inadequado"* no qual a pessoa se critica por não se considerar suficientemente competente ou capaz e no qual a crítica vem acompanhada de sentimentos de vergonha e autodesvalorização provocando sentimentos de inferioridade, e o "*Eu detestado"* uma forma mais severa, marcada por ódio e autoaversão intensos,

frequentemente associados a comportamentos autodestrutivos, como automutilação, autopunição ou tendências suicidas.

Por outro lado, a autocompaixão é definida como a capacidade de responder ao sofrimento pessoal com compreensão, bondade e empatia (Gilbert, 2005; Neff, 2003). Tem-se revelado um fator protetor importante para a saúde mental, promovendo regulação emocional, diminuição da autocrítica e maior bem-estar psicológico (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert et al., 2004; Neff, 2003). Para além da perspetiva de Gilbert, destaca-se o contributo de Kristin Neff (2003, 2016), pioneira na conceptualização da autocompaixão como uma forma saudável de se relacionar com o próprio sofrimento. Para Neff, a autocompaixão implica a capacidade humana partilhada, e manter uma atitude equilibrada e consciente face às emoções difíceis (Neff, 2003). A autora propõe que a autocompaixão é composta por três componentes: bondade consigo mesmo (vs. autocrítica); humanidade comum (vs. isolamento); e *Mindfulness* (vs. identificação excessiva com os estados emocionais negativos). Estes componentes atuam em conjunto para facilitar uma regulação emocional mais saudável, permitindo ao indivíduo lidar com a dor sem cair em padrões de julgamento ou evitamento (Neff, 2003, 2016). Esta abordagem complementa a visão neuropsicológica de Gilbert, ao destacar a importância da consciência e da aceitação emocional como ferramentas centrais no desenvolvimento de uma relação interna mais equilibrada (Gilbert, 2005, 2009).

No contexto da PBP, dadas as suas características centrais de instabilidade emocional, impulsividade e autoimagem frágil, torna-se especialmente importante promover a autocompaixão como estratégia terapêutica. A sua prática tem demonstrado eficácia na redução do autocriticismo e na regulação emocional (Castilho, 2011; Gilbert, 2009).

Instrumentos de Avaliação de Sintomas de PBP e Relação Interna

Tendo em conta a complexidade e a heterogeneidade do quadro sintomático da PBP e das suas variáveis internas associadas, a sua avaliação clínica é um processo complexo, pelo que é importante e útil que instrumentos de avaliação psicológica considerem especificidades e considerem faixas desenvolvimentais. Relativamente à avaliação diagnóstica da PBP, as principais entrevistas estruturadas utilizadas mundialmente são a *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD), desenvolvida por First et al. (2016) e que segue os

critérios do DSM-5-TR; e a *Diagnostic Interview for Borderlines – Revised* (DIB-R), criada por Zanarini et al., (1989) que tem como objetivo a avaliação da presença de traços e comportamentos característicos da perturbação. Destaca-se ainda a *Clinical Interview for Borderline Personality Disorder for Adolescents* (CI-BOR-A), uma entrevista clínica semiestruturada híbrida rigorosa desenvolvida por Carreiras et al., (2023) para avaliar a PBP em adolescentes.

Quanto a questionários de autorresposta, que permitem a avaliação sintomatológica da PBP em adultos, de entre várias escalas destacam-se o *Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale* (PAI-BOR), um questionário de auto-resposta, com 24 itens, criado por Leslie Morey (1991) com o intuito de medir os sintomas da perturbação; a *Borderline Symptom List 95* (BSL-95), com 95 itens, visa avaliar e quantificar a gravidade dos sintomas borderline; a *Borderline Symptom List* (BSL-23), que é uma versão mais reduzida da escala anterior, com 23 itens, elaborada por Bohus et al., (2007, 2009); e ainda o *Borderline Evaluation of Severity over Time* (BEST), um instrumento criado por Pfohl et al., (2009) com 15 itens que ajuda no monitoramento da evolução da sintomatologia *Borderline* ao longo do tempo; o *Borderline Personality Scale* (BPS), uma escala com 24 itens, desenvolvido pelo trabalho de Jackson & Claridge (1991), é um instrumento que avalia os traços e sintomas *Borderline* de forma rápida e concisa; e ainda o *The Questionnaire of Thoughts and Feelings* (QTF), uma escala que conta com 34 itens, elaborada por Renneberg et al., (2005) com o intuito de avaliar as cognições, sentimentos e suposições características da PBP.

No que toca à avaliação sintomatológica através de questionários de autorresposta dirigidos a adolescentes e jovem, destacam-se o *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C), um instrumento com 11 itens, desenvolvido por Sharp et al., (2014) traduzido e adaptado para várias línguas, incluindo o Português europeu por Carreiras, Loureiro., 2020); e o *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD), desenvolvido por Zanarini (2003), com 10 itens, este é um instrumento de rastreio usado para identificar de forma rápida a presença da perturbação e com aplicação possível a partir dos 15 anos de idade

Relativamente à avaliação do autocriticismo, dirigido à população adulta, existe o *Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS), desenvolvida por Gilbert et al.,

(2004) com 22 itens, avalia e faz a distinção das três principais dimensões do autocriticismo, "Eu Inadequado" (sentimentos de inadequação), "Eu Tranquilizador" (atitude de apoio e compaixão) e "Eu Detestado" (auto-aversão e desejo de auto-prejuízo), explorando deste modo as diferentes funções da autocrítica. Relativamente à avaliação do autocriticismo em adolescentes e jovens, é possível encontrar o Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale-C (FSCRS-C), uma escala traduzida a partir da sua escala original, a FSCRS e adaptada a crianças e adolescentes por Carvalho et al., (2019), com 22 itens.

Quanto à autocompaixão, destaca-se a *Self-Compassion Scale* (SCS), desenvolvida por Kristin Neff (2003) e composta por 26 itens que avaliam três dimensões da autocompaixão, cada uma organizada em pares de subescalas polarizadas: "Autobondade" versus "Autocrítica", "Humanidade comum" versus "Isolamento" e "*Mindfulness*" versus "Sobre-identificação" (Neff, 2003). Desta forma, a escala permite medir tanto os aspetos positivos da autocompaixão como as dificuldades associadas à sua ausência. Adicionalmente, há uma versão mais recente e reduzida, com 12 itens, a *Self-Compassion Scale - Short Form* (SCS-SF), também da autoria de Kristin Neff que procura uma avaliação da autocompaixão de forma mais rápida e prática, mas igualmente fiável, sendo esta versão útil para grandes amostras ou quando há a limitação do fator temporal. Importa referir que tanto a SCS como a SCS-SF apresentam evidências de validade para a sua aplicação em adultos e adolescentes. Existe ainda a *Compassionate Engagement and Action Scale* (CEAS), uma escala com 39 itens, criada por Gilbert et al., (2017) que é composta por três versões paralelas: dar compaixão aos outros, receber compaixão dos outros e compaixão para consigo próprio. Esta escala avalia, em cada caso, duas dimensões: o envolvimento compassivo (*engagement*) e as ações compassivas (*action*) (Gilbert et al., 2017).

Objetivos do Presente Estudo e Questões de Partida

Apesar da PBP ter sido amplamente estudada nas últimas décadas, tanto na população adulta como adolescente, ainda não é claro o contributo específico de processos de relação interna (como a autocompaixão e o autocriticismo) nesta perturbação. Assim, o objetivo principal da presente *scoping review* é identificar e descrever os estudos existentes que relacionam os sintomas *Borderline* da personalidade com a autocompaixão e o autocriticismo na população adulta e adolescente; e resumir e sintetizar as principais descobertas sobre este tema.

De forma a orientar a investigação, foram formuladas as seguintes questões de partida:

1. De que forma a autocompaixão e o autocriticismo se relacionam com os sintomas da Perturbação *Borderline* da Personalidade em adultos e adolescentes*?*
2. Quais os instrumentos de avaliação mais utilizados para avaliar a sintomatologia *Borderline*, autocompaixão e o autocriticismo neste contexto?
3. A autocompaixão e o autocriticismo podem influenciar a evolução da sintomatologia *Borderline* ao longo do tempo?

Metodologia

Estratégia Metodológica para a *Scoping Review*

A presente *scoping review* foi conduzida de acordo com a estrutura metodológica proposta por Arksey e O'Malley (2005), posteriormente refinada pelo *Joanna Briggs Institute* (2015). Este enquadramento orienta a realização de *scoping reviews* em cinco etapas principais. Assim, foram inicialmente (1) definidas as questões de investigação que orientaram todo o processo de pesquisa e seleção dos estudos. Seguidamente, (2) desenvolveu-se uma estratégia de pesquisa abrangente, incluindo as bases de dados selecionadas. (3) A seleção dos estudos foi realizada a partir da aplicação de critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, num processo efetuado em duas fases: análise de títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. (4) Os dados relevantes de cada estudo foram então extraídos e organizados em grelhas de síntese, contemplando informações como autores, ano de publicação, contexto, objetivos, metodologia, população e principais resultados. Por fim, (5) procedeu-se à síntese descritiva da evidência científica recolhida, a qual permitiu responder às questões de partida.

Fontes de Dados e Estratégia de Pesquisa

Para a seleção dos estudos empíricos relevantes, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica em fevereiro de 2025 nas seguintes bases de dados: PubMed, B-On e Web of Science. Foi utilizada

uma estrutura de pesquisa booleana combinando termos com os operadores AND/OR: (*'self-compassion*' OR '*self criticism'*) AND '*Borderline personality disorder'*). Termos equivalentes foram utilizados na pesquisa, como "*Borderline symptoms*" ou "BPD". Não foi definido limite inferior para o período de publicação, tendo sido incluídos todos os estudos disponíveis até fevereiro de 2025. As referências foram exportadas para o software online *Rayyan* (https://rayyan.ai/), uma plataforma desenhada para auxiliar a triagem de estudos em revisões sistemáticas e *scoping reviews*, que permite importar referências bibliográficas, remover duplicados e organizar e codificar artigos segundo critérios de inclusão e exclusão. As referências duplicadas foram removidas antes da triagem.

Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases. Numa primeira fase, procedeu-se à triagem dos títulos e resumos e, numa segunda fase, à leitura integral dos textos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram os seguintes: artigos científicos escritos em língua portuguesa ou inglesa, artigos científicos com revisão por pares, avaliação de sintomatologia *Borderline* em conjunto com a avaliação de autocompaixão ou autocriticismo, população adolescente e adulta. Os critérios de exclusão foram os seguintes: artigos sem revisão por pares, dissertações, relatórios e resumos em conferência. Na Figura 1 é apresentado um diagrama com o processo de identificação e seleção dos artigos para esta *scoping review*.

Foram inicialmente identificados 238 artigos para avaliação segundo os critérios de inclusão. Desses artigos, 202 foram excluídos por razões como: população diferente, não tinham presentes nenhuma das variáveis de interesse, ou por se tratarem de dissertações de mestrados. Seguidamente, após leitura integral dos restantes 36 artigos, 14 foram selecionados para inclusão neste estudo e foram submetidos a avaliação de qualidade, como descrito na secção seguinte. Dúvidas sobre a seleção dos artigos foram discutidas com o orientador da dissertação.

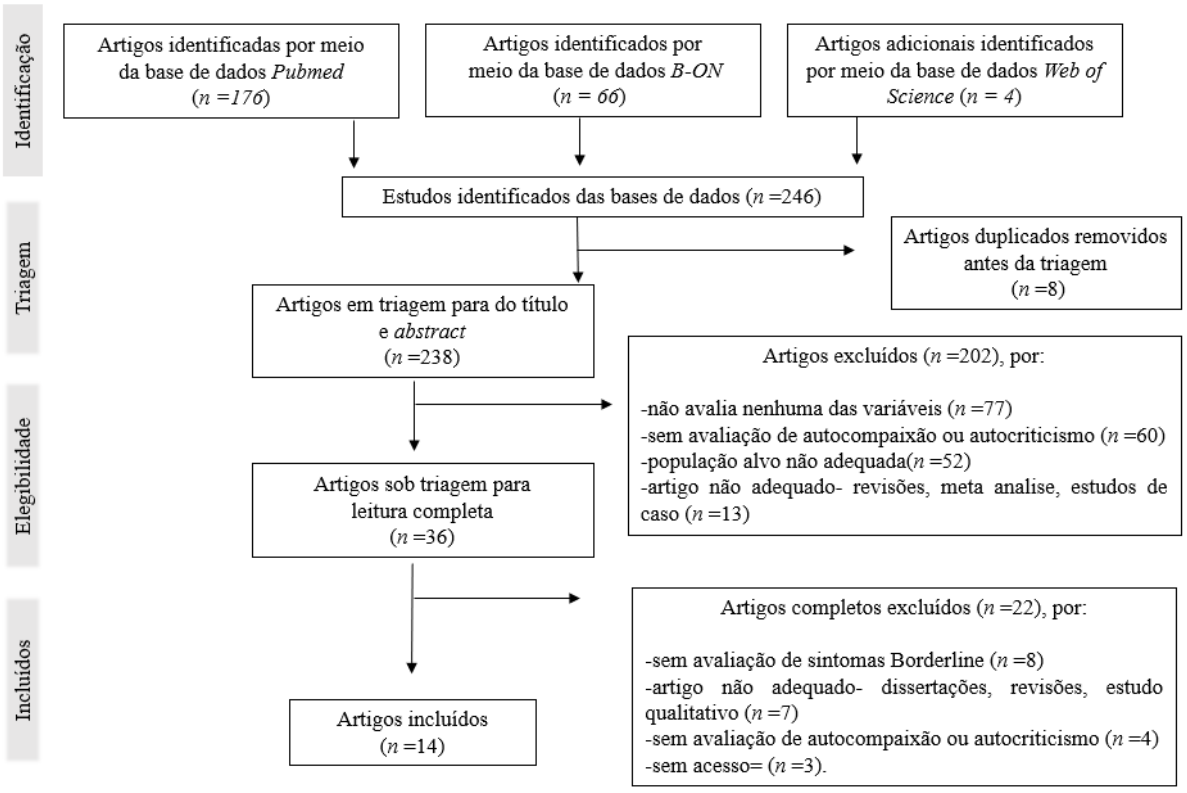


Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos na *scoping review*, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Avaliação da Qualidades dos Estudos

Os artigos incluídos na atual pesquisa, foram cuidadosamente lidos e analisados quanto à sua qualidade metodológica, qualidade do relatório de dados e viés de estudo tendo em conta as ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute* (JBI; 2017). Foram aplicadas as *checklists* do JBI específicas para cada tipo de estudo, a *checklist* para ensaios randomizados (RCTs), que se compõe por 13 itens, a *checklist* para estudos quase-experimentais com nove itens e a *checklist* para estudos transversais com oito itens. Os autores da presente ferramenta, não propõem uma pontuação de corte fixa, pelo que consideram e recomendam que a sua utilização se deva adaptar em função do objetivo da revisão e do grau de exigência metodológica definido pelos revisores do trabalho. Tendo isso em consideração, neste trabalho foram considerados

aceitáveis os estudos RCT com pontuações superiores a sete, os estudos quase-experimentais com pontuações acima de cinco e os estudos transversais com pontuações superiores a quatro. Estes pontos de corte foram definidos por corresponderem a pelo menos 50% da pontuação máxima de cada tipo de estudo. As pontuações finais atribuídas aos estudos são apresentadas na Tabela 1.

Resultados

Os artigos incluídos nesta *scoping review*, datam entre 2017 (Scheibner et al., 2017) e 2024 (Carreiras et al., 2024), totalizando 14 estudos. Todos os artigos foram publicados em língua inglesa, com exceção de um (Carreiras et al., 2020), publicado na língua portuguesa. De entre todos os estudos, cinco centraram-se na população adolescente, contando com 1179 raparigas e 645 rapazes, enquanto nove tiveram como foco de trabalho a população adulta, contabilizando 1716 mulheres, 666 homens e um participante que se identificou como "outro". No que respeita ao desenho metodológico, a presente *scoping review* conta com quatro estudos longitudinais e 10 estudos transversais.

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos dados principais dos artigos incluídos para a população adulta e adolescente.

Tabela 1

Dados dos artigos incluídos

Autor(es) e ano	Tipo de Estudo	Amostra clínica (Sim/Não)	Amostra por género	Idade	Variáveis e Instrumentos de medida	Resultados	Avaliação JBI
Estudos com população adulta							
Feliu-Soler. et al. 2016	Ensaio Clínico Randomizado	Sim nPB= 32	N= 32 ♀30 / ♂ 2	Min 18 Máx 45 M=35,13 DP=8.25	Borderline: BSL-23, DIB-R Autocompaixão: SCS Autocriticismo: FSCRS	Diminuição da severidade dos sintomas *Borderline* após intervenções de LKM/CM ($t_{(13)}$ = 2.403, p<.05, d=0.64) Aumento da autocompaixão ($t_{(15)}$ = 3.589, p<.01, d=0.90) e redução da autocrítica ($t_{(15)}$ = 2.565, p < .05, d=0.64)	8/13
Scheibner et al. 2017	Estudo Transversal	Sim	N= 28 ♀ 23 ♂ 5	Min 23 Máx 59 M=35,82 DP=9,65	Borderline: BSL-23 Autocompaixão: SCS	Autocompaixão correlacionada negativamente com os sintomas *Borderline* (r= -.56, p < .001)	8/8
Mousavi et al. 2020	Estudo Psicométrico Transversal	Não	N= 254 ♀0 /♂ 254	Min 18 Máx 30 M=25,71 DP=3.86	Borderline: MSI-BPD, BPS Autocompaixão: SCS	Autocompaixão negativamente correlacionada com sintomas *borderline* (r = -.60; p < .01)	7/8
Sommerfeld & Shechory Bitton 2020	Estudo Transversal	Sim nC= 29 nPB= 31	N= 31 ♀ 21 ♂ 10	Min 19 Máx 44 M=26,80 DP=5,90	Borderline: QTF Autocompaixão: SCS	Autocompaixão correlacionada negativamente com cognições *borderline* e agressão (r = -.45, p < .001)	8/8

Pohl et al. 2020	Estudo Transversal	Sim nPB= 35	N= 35 ♀ 35	Min * / Máx * M=28,57 DP=7.36	Borderline: BSL-95 Autocompaixão: SCS	Sem correlação sig. entre autocompaixão e severidade sintomática (r = -.15, p=.397) Autocompaixão como variável moderadora entre trauma na infância e a severidade sintomática *borderline* (β = .35, SE = 0.02, p < .040)	8/8
Gec, D. et al. 2021	Estudo Longitudinal	Sim nPB= 44	N= 44 ♀40 /♂ 4	Min 20 Máx 53 M=33,3 DP=8.60	Borderline: BEST Autocompaixão: SCS	Redução dos sintomas *borderline* após o programa ($t_{(42)}$ = 5.21, p<.001, d= 0.80) Aumento da autocompaixão após o programa ($t_{(42)}$ = -3.72, p < .01, d= 0.57)	8/9
Keng et al. 2021	Estudo Longitudinal	Sim nPB= 20	N= 20 ♀19 /♂ 1	Min 19 Máx 45 M=27,25 DP=7.67	Borderline: PAI-BOR Autocompaixão: SCS	Redução da sintomatologia *borderline* após intervenção (z= -2.84, p=.004, d= -0.65) Autocompaixão com correlação negativa com os sintomas *borderline* na *baseline* (r= -0.56; p< .05)	7/9
Alfonsson et al. 2022	Estudo Psicométrico Transversal	sim nC= 407 nPD/nPAN= 30 nPB= 16	N= 453 ♀ 342 ♂ 110 Outro: 1	Min 18 Máx 77 M=31 DP=10.66	Borderline: BSL-23 Autocompaixão: SCS-SF	Correlação positiva do SE-DT com a autocompaixão (r=0.61; p<.001), correlação negativa entre autoeficácia e sintomas Borderline (r= -0.52; p< .001)	6/8
Alfonsson et al. 2023	Estudo Psicométrico Transversal	Sim nC= 1089 nPB= 151 nPA= 253	N= 1493 ♀1206 ♂ 280	Min 18 Máx 59 M= 26,6 DP=7,0	Borderline: BSL-23 Autocompaixão: SCS-SF	Pessoas com PBP apresentam níveis. mais baixos de autocompaixão em comparação com a população geral ($t_{(1218)}$ = 18.18, p< .001, g = 1.58)	8/8

Estudos com população adolescente							
Carreiras et al. 2020	Estudo Transversal	Não	N= 440 ♀278 ♂ 162	Min 14 Máx 17 M=15,47 DP=0,83	Borderline: BPFS-C Autocompaixão: SCS	Autocompaixão negativamente correlacionada com traços *borderline* (*r*= -.57; *p*<001)	8/8
Carreiras et al. 2021a	Estudo Transversal	Não	N= 655 ♀381 ♂ 274	Min * Máx* M=15,58 DP=1,51	Borderline: BPFS-C Autocompaixão: SCS	Autocompaixão com correlação negativa com traços *borderline* (*r* = -.57; *p* < ,001)	8/8
Carreiras et al. 2021b	Estudo Transversal	Não	N= 422 ♀249 ♂ 173	Min * Máx * M=15,40 DP=0,79	Borderline: BPFS-C Autocompaixão: SCS	Autocompaixão negativamente correlacionada com os traços *borderline* (*r*= -.56; *p* < ,001)	8/8
Chakraborty et al. 2023	Estudo Transversal	Não	N= 168 ♀168 /♂ 0	Min 16 Máx 18 M=* DP=*	Borderline: BPFSC Autocompaixão: SCS Autocriticismo: FSCRS	Autocompaixão com efeito indireto negativo sobre traços *borderline* (*β* = –,17; *p* < ,01) Autocriticismo com efeito direto positivo e forte sobre os traços *borderline* (*β* = .58; *p* < ,01)	8/8
Carreiras et al. 2024	Estudo Longitudinal	Não	N= 139 ♀103 ♂ 36	Min 14 Máx 18 M=15,52 DP=0,87	Borderline: BPFS-C Autocompaixão: SCS	Autocompaixão negativamente correlacionada com os traços *borderline* (*r*=-.55; *p* <,001)	6/9

Nota: nPB= População com Perturbação *Borderline*; nC= População Geral; nPA= População com Perturbação Alimentar; nPD= População com Perturbação Depressiva; nPAN= População com Perturbação Ansiosa; *= Sem informação

Relação entre Sintomas *Borderline*, Autocompaixão e Autocriticismo

Tendo em conta os estudos incluídos, apurou-se que a autocompaixão se encontra amplamente estudada em relação à sintomatologia *borderline*, uma vez que foi encontrada em todos os artigos incluídos na presente *scoping review*. No entanto, o contrário se verificou quanto à avaliação do autocriticismo nos sintomas *Borderline*, uma vez que é bastante mais escassa, tendo sido possível encontrar apenas dois artigos que incluem esta variável, um em adultos e outro em adolescentes.

De acordo com os resultados apresentados nas tabelas, nove dos 14 artigos incluídos reportam correlações negativas significativas, que variam de moderadas a fortes, entre a autocompaixão e a sintomatologia ou traços *borderline*, com valores que variam entre r = -0.45 e -0.60. Estes resultados mostram consistência em diferentes tipos de amostras, tanto em amostras de população geral como em amostras clínicas, como é demonstrado, por exemplo, nos estudos de Scheibner et al. (2017) e Carreiras et al (2020; 2021; 2024).

A literatura recolhida evidencia de forma consistente a existência de uma associação negativa entre a sintomatologia *borderline* e a autocompaixão. Diversos estudos denotam que níveis mais baixos de autocompaixão estão ligados com uma maior gravidade sintomática ou maior gravidade de traços *borderline* (Carreiras et al., 2020, 2021, 2024; Chakraborty et al., 2023; Keng et al., 2021; Mousavi et al., 2020; Scheibner et al., 2017; Sommerfeld & Schechory Bitton., 2020).

Para além destes resultados, Alfonsson et al. (2022) mostraram de forma clara que os indivíduos com PBP apresentam níveis de autocompaixão significativamente mais baixos quando comparados com grupos da população geral. No entanto, os resultados não são totalmente consistentes: por exemplo, o estudo evidenciado por Pohl et al. (2020), não evidenciou uma correlação direta significativa entre a autocompaixão e a severidade sintomática da PBP, salientando, no entanto, o papel da autocompaixão como variável moderadora na relação entre o trauma infantil e a gravidade sintomática da PBP. Estes resultados reforçam que a autocompaixão está negativamente correlacionada com os sintomas *borderline*, resultados que se encontram alinhados com outros trabalhos que identificam a autocompaixão como fator protetor em diferentes psicopatologias (Scheibner et al., 2017).

Os estudos analisados indicam que indivíduos que apresentam elevados níveis de autocompaixão tendem a apresentar uma gravidade sintomática relativamente menor de sintomas

borderline. Relativamente ao autocriticismo, os poucos estudos que estudaram esta variável indicaram que a autocrítica apresentou um efeito direto positivo e forte sobre os traços *borderline* (β = .58; p < ,01). Já no estudo de Feliu-Soler et al. (2016), foi possível observar uma redução significativa da autocrítica após as intervenções de LKM/CM, ($t_{(15)}$ = 2.403, p< .05, d= .064). Estes resultados, observados em populações distintas, adultos com PBP e adolescentes com risco de comportamentos autolesivos, reforçam o papel da autocritica como um potencial fator de risco para a sintomatologia borderline.

Instrumentos de Avaliação Utilizados

Relativamente à avaliação da sintomatologia *borderline*, nos estudos com população adulta foram utilizados diferentes instrumentos, o BSL-23, utilizado em 4 dos 9 estudos; o BSL-95, PAI-BOR, DIB-R, MSI-BPD, BPS, QTF e o BEST, presentes apenas uma vez. Relativamente à avaliação de sintomas *borderline* na população adolescente, todos os 5 estudos incluídos utilizaram o BPFS-C (*Borderline Personality Features Scale for Children*). Todos estes instrumentos são questionários de autorresposta, que foram cuidadosamente escolhidos por permitirem avaliar a gravidade e a presença de sintomas específicos da perturbação, como a instabilidade emocional, a impulsividade, o medo do abandono e os comportamentos autodestrutivos.

Para a avaliação da autocompaixão, o instrumento mais utilizado nos artigos em estudo, é o *Self-Compassion Scale* (SCS), encontrado em 7 dos 9 estudos com adultos e em todos os estudos com adolescentes (5/5). A forma reduzida, o *Self-Compassion Scale short form* (SCS-SF), foi encontrada nos restantes 2/9 estudos com adultos.

Relativamente à avaliação do autocriticismo, que se verificou em 2 dos 14 artigos, foi utilizada a *Forms of Self-Criticism and Self Reassuring Scale* (FSCRS) para adultos e a *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale-C* (FSCRS-C) para os adolescentes.

Efeitos Longitudinais da Autocompaixão e Autocriticismo nos Sintomas *Borderline*

Os ensaios clínicos conduzidos por Feliu-Soler et al., (2017) Keng et al. (2021) e Gec et al. (2021), aplicados à população adulta, demonstraram que programas de meditação de amor-bondade e compaixão promovem uma redução significativa da severidade dos sintomas e traços

borderline, bem como um aumento acentuado da autocompaixão e diminuição do autocriticismo. O ensaio clínico conduzido por Feliu-Soler e colaboradores (2016), consistiu num treino de meditação de bondade amorosa e compaixão com duração de três semanas. Apesar da brevidade deste ensaio clínico, os resultados mostraram-se promissores. Feliu-Soler et al. (2016) verificaram que as intervenções com base nas Terapias focadas na Compaixão resultaram em melhorias significativas da autocompaixão, atenção plena, aceitação, impulsividade, vergonha e ainda reduções significativas dos sintomas *borderline*, da autocrítica, evidenciando deste modo que o trabalho de autocompaixão ajudando ao nível da regulação emocional.

Keng et al. (2021) realizaram um programa breve de treino de competências com Terapia Dialética Comportamental (DBT) durante 14 semanas, com sessões de duas horas cada onde trabalharam a prática de *mindfulness*, regulação emocional, tolerância ao sofrimento e eficácia interpessoal. Como resultado, este breve programa permitiu a redução significativa dos sintomas *borderline*, depressão, stress, dificuldades de regulação emocional, diminuição de comportamentos agressivos e ideação suicida e aumentos acentuados da autocompaixão e bem-estar.

De forma semelhante, os resultados do estudo de Gec et al. (2021) foram consistentes com os resultados dos estudos anteriormente mencionados. Este programa intensivo teve a duração de 10 semanas, contando com um total de 80 horas de tratamento, ministradas em sessões de quatro horas cada, o objetivo era facultar intervenção psicoterapêutica de forma acessível. Os resultados foram consistentes e coerentes com os resultados dos restantes estudos, demonstrando resultados significativos quanto à redução da sintomatologia *Borderline*, ansiedade e depressão, assim como aumento significativo de autocompaixão e regulação emocional. No entanto, Gec et al. fez uma avaliação posterior, onde foi possível verificar a manutenção destas melhorias num período de quatro a seis meses após a conclusão do programa.

O estudo longitudinal de Carreiras et al. (2024), teve como objetivo investigar se a autocompaixão atua como fator protetor ao longo de seis meses na evolução de características ou sintomas *borderline* em adolescentes com histórico de comportamentos autolesivos não suicidários. Os resultados mostram-se consistentes com os resultados dos outros estudos, indicando que a autocompaixão atuou como atenuador da evolução dos sintomas *borderline* na adolescência.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo investigar o que a literatura existente suporta sobre o papel e impacto que a autocompaixão e o autocriticismo têm na sintomatologia *borderline*, em adultos e adolescentes, bem como perceber os principais instrumentos de avaliação utilizados para medir estes construtos. Como tal, foram definidas três questões de partida que serão respondidas e discutidas seguidamente.

De que forma a autocompaixão e o autocriticismo se relacionam com os sintomas da Perturbação *Borderline* da Personalidade em adultos e adolescentes*?*

Verificou-se que a autocompaixão se encontra negativamente correlacionada com os sintomas *borderline*, quer em adultos, quer em adolescentes. No caso dos adultos, baixos níveis de autocompaixão encontram-se correlacionados com uma maior instabilidade emocional, maior impulsividade, sentimentos crónicos de vazio, autoimagem instável e comportamentos autodestrutivos, enquanto valores mais altos de autocompaixão parecem promover uma regulação emocional saudável e redução da sintomatologia *borderline*. Por outro lado, o autocriticismo encontrou-se positivamente correlacionado aos sintomas *Borderline*, constituindo-se deste modo como fator de risco, em que valores mais elevados se relacionam com sentimentos de vergonha, vazio, manutenção e maiores níveis de comportamentos autodestrutivos, instabilidade afetiva e sintomatologia *borderline* mais acentuada.

Nos adolescentes e jovens, a autocompaixão mostra-se como variável promissora de melhoria de sintomatologia *borderline*. A investigação encontrada, mostrou que a autocompaixão se correlaciona negativamente com os traços *borderline*. Níveis mais elevados de autocompaixão contribuem para uma melhora na saúde mental dos mais jovens (MacBeth & Gumley, 2012), desempenhando deste modo um papel protetor em relação à impulsividade, ao sofrimento emocional e aos sentimentos de vazio comumente encontrados, e ainda capacitando o indivíduo a lidar de forma mais compassiva com as adversidades, desenvolvendo e trabalhando a resiliência (Castilho, 2011; Neff, 2003; Xavier et al., 2016).

Em contrapartida, o autocriticismo apresenta-se com uma forte e direta correlação à sintomatologia ou traços *borderline*, o que contribui para a impulsividade, vergonha e instabilidade emocional, mantendo-se deste modo, de mãos dadas para uma maior vulnerabilidade, desenvolvimento e intensificação de sintomas (Castilho, 2011; Gilbert et al., 2004; Whelton &

Greenberg, 2005). Valores elevados de autocriticismo encontram-se ligados a dificuldades de regulação emocional, instabilidade afetiva e relacional e ainda desenvolvimento e agravamento de comportamentos autodestrutivos e pensamentos suicidas (Pohl et al., 2020; Xavier et al., 2016). Estes resultados são consistentes e reforçam os resultados do trabalho apresentado por Pohl et al. (2020), que demonstrou que um dos resultados do trauma infantil é a baixa autoestima, baixa autocompaixão, autoimagem instável e um severo autocriticismo, sendo estas variáveis responsáveis pelo desenvolvimento e agravamento da sintomatologia da PBP.

Os resultados apresentados mostram que a autocompaixão e o autocriticismo são fatores transversais e dinâmicos, com grande poder de influência positivo ou negativo sobre os sintomas *borderline*.

Quais os instrumentos de avaliação mais utilizados para avaliar a autocompaixão e o autocriticismo neste contexto?

No que respeita à avaliação da autocompaixão, todos os artigos incluídos utilizam a *Self Compassion Scale* (SCS), maioritariamente na sua versão original (Neff, 2003), e apenas dois utilizaram a versão reduzida, (SCS-SF). Em relação à avaliação do autocriticismo, verificou-se a mesma tendência, em que um dos estudos utiliza o *Forms of Self-Criticism and Self Reassuring Scale* (FSCRS) (Gilbert et al., 2004) e o outro utiliza a versão para adolescentes, *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale-C* (FSCRS-C).

Conclui-se, deste modo, que os estudos empíricos apresentam uma certa uniformidade quanto ao uso de instrumentos de avaliação. A utilização consistente dos mesmos instrumentos avaliativos constitui-se como uma vantagem significativa para a análise comparativa entre os estudos. Destaca-se, em primeiro lugar, a garantia da possibilidade de comparação direta dos resultados entre os diferentes artigos em estudo, o que reduz o risco de enviesamento muitas vezes ligado ao uso diversificado de instrumentos de avaliação, sugerindo que diferenças nos resultados, se devem sobretudo às características da amostra e não à variação. A uniformidade do uso de instrumentos, reforça ainda os resultados e conclusões encontradas na literatura, permitindo que as conclusões se tornem mais fortes e sólidas (Messick, 1994). No entanto, a homogeneidade encontrada relativa aos instrumentos demonstra e sublinha a necessidade de investimento na

validação de novos instrumentos de avaliação, de forma a que seja possível o enriquecimento de compreensão das diversas variáveis em estudo (Strauss et al., 2009).

A autocompaixão e o autocriticismo podem influenciar a evolução da sintomatologia *borderline* ao longo do tempo?

A investigação longitudinal existente evidencia que, enquanto que a autocompaixão tem um poder de influência positivo sobre a sintomatologia *borderline*, o contrário se verifica a respeito do autocriticismo. Os estudos incluídos indicaram que a autocompaixão trabalha como fator protetor, diminuindo e trazendo melhorias ao quadro sintomatológico apresentado (Carreiras et al., 2023; MacBeth & Gumley, 2012). Os estudos longitudinais encontrados, indicam que a promoção de autocompaixão está associada a melhorias sustentadas nos sintomas *Borderline* da personalidade. Intervenções como a meditação da compaixão - *Loving-Kindness Meditation*, apresentada no estudo de Feliu et al., (2017) ou no estudo de Keng et al., (2021) evidenciaram reduções significativas ao nível da sintomatologia *borderline* e ainda um aumento acentuado e duradouro da autocompaixão.

Estudos realizados com adolescentes e jovens indicam que níveis mais elevados de autocompaixão têm o poder moderador na evolução de sintomas *borderline* em jovens com comportamentos autodestrutivos. Conforme evidenciado através do trabalho de Southward et al., (2023), valores mais elevados de autocompaixão estão ligados a menor ideação/comportamentos autolesivos e à redução de comportamentos agressivos direcionados ao próprio, funcionando deste modo como travão ao seu agravamento patológico (Carreiras et al., 2023).

Este efeito protetor da autocompaixão no quadro *borderline* deve-se pelo facto de que a autocompaixão torna possível que o indivíduo desenvolva uma regulação emocional mais saudável, utilize estratégias adaptativas mais saudáveis, se evidencie menos ansioso, com uma base emocional mais sólida tornando-se capaz de lidar com a pressão emocional e conseguindo lidar com emoções e pensamentos negativos tornando-se capaz de lidar e de travar a autocrítica (Castilho, 2011; Neff, 2003). Sabendo que a autocompaixão tem um papel protetor e moderador em relação às experiências traumáticas vividas precocemente e à manifestação sintomática da perturbação ou traços da mesma, torna-se fundamental e extremamente importante que hajam

intervenções preventivas e psicoeducativas tanto em contexto escolar como familiar, de forma a que seja possível o desenvolvimento de uma relação interna saudável e segura.

Em contrapartida, o autocriticismo surge como um fator de risco, que alimenta e mantém o quadro psicopatológico existente. Elevados níveis de autocriticismo, resulta num agravamento de intensidade e gravidade da sintomatologia apresentada, piorando quando acompanhados pela ausência de mecanismos internos de autorregulação emocional (Castilho, 2011; Gilbert et al., 2004). Feliu-Soler et al., (2016) observaram no seu estudo que pacientes com PBP evidenciam níveis elevados de autocriticismo (*Inadequate self* e *Hated self*), níveis esses que diminuíram significativamente após a intervenção de *Loving-Kindness Meditation* e a *Compassion Meditation*. Este resultado foi evidente e notório tanto no grupo de intervenção que recebeu este tipo de intervenção, como no grupo de controlo, um grupo que realizou apenas treino de *Mindfulness*. Verificaram-se reduções significativas da autocrítica, com tamanho de efeito moderado a forte (d = .52 - .65), complementando ainda com um aumento de autocompaixão, aceitação e bondade consigo mesmo.

Resultados semelhantes a estes foram encontrados no estudo de Chakraborty et al. (2023), em adolescentes do sexo feminino com comportamentos autolesivos não suicidários, onde a autocritica apresentou efeitos diretos e positivos sobre os traços *borderline* e sobre os NSSI. A autocrítica aparentou ainda ter um papel mediador no que toca a vergonha externa, baixa autocompaixão e uma maior propensão para os comportamentos autolesivos não suicidários. Estes resultados do estudo de Chakraborty et al. (2023) propõem que elevados níveis de autocrítica acompanhados de baixos valores de autocompaixão, aparentam ter um grande peso para o agravamento da sintomatologia *borderline* e ainda no aumento de risco e propensão de comportamentos autodestrutivos.

Apesar de existir pouca evidência científica acerca da autocrítica, parece que o autocriticismo contribui para a manutenção de estados emocionais negativos, instabilidade ao nível da afetividade, autoimagem negativa e entre outros pontos, contribui à impulsividade encontrada entre os pacientes com PBP. Nos jovens e adolescentes, estes mecanismos internos de auto invalidação provenientes do autocriticismo tornam-se particularmente preocupantes, dado que se encontram diretamente ligados com o aumento e piora de sintomas *borderline* e ainda de comportamentos autolesivos (Carreiras et al., 2023; Chakraborty et al., 2023; Xavier et al., 2016).

Os resultados apontam no sentido da importância e urgência do aumento do trabalho para o cultivo de autocompaixão e redução do autocriticismo como elementos fundamentais para a redução da gravidade dos sintomas *borderline* (Carreiras et al., 2023). Mostrou-se evidente no estudo realizado por Carreiras et al. (2024), que no caso da população adolescente, baixos níveis de autocompaixão moderam significativamente a progressão da sintomatologia *borderline*, de forma mais gravosa no caso de jovens com antecedentes de comportamentos autolesivos não suicidários, destacando o potencial terapêutico, deste trabalho no sentido da prevenção com os mais jovens (Feliu-Soler et al., 2016; Gilbert, 2010).

A apresentação destes resultados mostra que é essencial que se possa trabalhar mais precocemente, nas intervenções clínicas em indivíduos com características ou traços *borderline*, o desenvolvimento de componentes que permitam o cultivo de autocompaixão e a redução do autocriticismo (Castilho, 2011; Gilbert, 2010; Neff, 2003).

A investigação atual apresenta resultados positivos e promissores relativamente às práticas terapêuticas que incluem Terapias Focadas na Compaixão (TFC) ou Programas de Meditação de *Loving-Kindness*, uma vez que promovem melhorias significativas ao nível da impulsividade, sentimentos de vergonha, comportamentos autodestrutivos e dificuldades de regulação emocional (Feliu-Soler et al., 2016). Estes resultados evidenciam que este tipo de intervenções, independentemente da sua duração, se revela significativamente eficaz quanto à melhoria de variáveis clínicas essenciais em pacientes com PBP. Deste modo, torna-se evidente que nesta perturbação de personalidade, é crucial promover o desenvolvimento de uma relação interna mais saudável consigo mesmo, favorecendo deste modo, uma maior estabilidade emocional e contribuindo para a redução de comportamentos disfuncionais.

Com a análise dos estudos, é ainda possível verificar que a autocompaixão se associa de forma contraria à sintomatologia *borderline* em amostras clínicas e não clínicas, ainda que com funções distintas. Na amostra clínica, a autocompaixão surge como alvo terapêutico, dado que as intervenções tendem a aumentá-la e, consequentemente, a reduzir a gravidade dos sintomas apresentados. Em termos comparativos, verifica-se que a população clínica apresenta níveis mais baixos de autocompaixão e maior gravidade sintomática.

Limitações e Estudos Futuros

Algumas limitações do presente estudo devem ser destacadas. A triagem dos artigos e a avaliação da qualidade metodológica não foram realizadas de forma independente por dois investigadores, o que poderia ter aumentado a objetividade e a fiabilidade do processo. Ademais, por se tratar de uma *scoping review*, não foi realizada síntese estatística (meta-análise), impossibilitando quantificar a magnitude das relações entre os sintomas da PBP e as variáveis de relação interna estudadas. O número reduzido de artigos que avaliaram o autocriticismo limitam a robustez das conclusões nesta dimensão, pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela. Acresce ainda o notório predomínio de estudos transversais, o que limita a possibilidade de estabelecimento da relação de causalidade entre autocompaixão, autocriticismo e sintomas ou traços da perturbação *borderline*. O predomínio de medidas de autorrelato constitui-se igualmente como uma limitação, dado o elevado risco de enviesamentos.

Estudos futuros poderão beneficiar da inclusão de outras dimensões da relação interna, como autoaversão, autoconceito ou autoaceitação. Do ponto de vista metodológico, a realização de uma verificação independente dos estudos incluídos na *scoping review*, bem como a condução de uma metanálise a partir destes resultados, poderá reforçar o rigor, a validade e a robustez das conclusões. Apesar destas limitações, o presente trabalho oferece um contributo relevante para uma compreensão mais profunda dos mecanismos intrapessoais subjacentes aos sintomas característicos da PBP, constituindo uma base útil para investigações futuras.

Referências Bibliográficas

Alfonsson, S., Mardula, K., Toll, C., Isaksson, M., & Wolf-Arehult, M. (2022). The self-efficacy in distress tolerance scale (SE-DT): a psychometric evaluation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 23. https://doi.org/10.1186/s40479-022-00195-9

Alfonsson, S., Winai, E., Collin, E., Isaksson, M., & Wolf-Arehult, M. (2023). The Self-Compassion Scale–Short Form: Psychometric evaluation in one non-clinical and two clinical Swedish samples. Clinical psychology & psychotherapy, 30(3), 631-642. https://doi.org/10.1002/cpp.2830

Asl, E. M., Dabaghi, P., & Taghva, A. (2020). Screening borderline personality disorder: The psychometric properties of the Persian version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder. *Journal of Research in Medical Sciences*, 25, 97. https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_949_19

Barker TH, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. (2024). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JBI Evidence Synthesis*, 22(3), 378-388. https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00268

Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis,* 21(3):494-506. https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. https://doi.org/10.1159/000173701.

Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R. D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*.;40(2), 126-32. https://doi.org/10.1159/000098493.

Carreiras, D., Cunha, M., Sharp, C., & Castilho, P. (2023). The clinical interview for borderline personality disorder for adolescents (CI-BOR-A): Development, acceptability and expert panel evaluation. *Personality and Mental Health*, https://doi.org/10.1002/pmh.1586

Carreiras, D., Castilho, P., & Cunha, M. (2020). O efeito da impulsividade, autoaversão e autocompaixão nos traços borderline na adolescência: Estudo das diferenças entre sexos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Socia*l, 6(1), 50-63, https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.1.170

Carreiras, D., Castilho, P., & Cunha, M. (2021a). What stands between self-disgust and borderline features? The need to cultivate self-compassion in adolescents from Portugal. *Psychologica*, 64(2), 51-64, https://doi.org/10.14195/1647-8606_64-2_2

Carreiras, D., Castilho, P., & Cunha, M. (2022). Uncovering borderline features in a community sample of Portuguese adolescents. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, 27(3), 159–167, https://doi.org/10.5944/rppc.32319

Carreiras, D., Castilho, P., & Cunha, M. (2024). Does self-compassion protect adolescents with non-suicidal self-injury from developing borderline features? A two-wave longitudinal study. Journal of Child & Adolescent Mental Health, 35 (1-3), 1-12, https://doi.org/10.2989/17280583.2023.2289607

Carreiras, D., Cunha, M., & Castilho, P. (2021b). Which self-compassion components mediate the relationship between adverse experiences in childhood and borderline features in adolescents? *European Journal of Developmental Psychology*, 19(6), 847-868, https://doi.org/10.1080/17405629.2021.1981283

Carvalho, C. B., Benevides, J., da Motta, C., Cabral, J., Pereira, C., Teixeira, M., & Peixoto, E. (2019). Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale: Adaptation and validation in a sample of Portuguese children. *Psychologica*, 62(2), 61–74. https://doi.org/10.14195/1647-8606_62-2_4

Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Chakraborty, A., Dogra, A. K., Paul, R., Mukherjee, A., Karmakar, A., Saha, A. K., & Bhattacharya, J. (2023). Construction and statistical validation of a path model of the factors influencing non-suicidal self injury (NSSI) among female adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 184-191. DOI:10.1177/09731342231191609

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). A multiwave RCT evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.9

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). *A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory*. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. https://doi.org/10.1037/a0015616

Dalgalarrondo, P., & Vilela, W. A. (1999). Transtorno borderline: História e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(2), 52-71. https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... & Buchheim, P. (2010). Transference-Focused Psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. DOI:10.1192/bjp.bp.109.070177

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., & Soler, J. (2017). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: A randomized pilot study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 278-286. DOI: 10.1002/cpp.2000

First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL: *User's Guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder*). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015.

Gec, D., Broadbear, J. H., Bourton, D., & Rao, S. (2021). Ten-week Intensive Group Program (IGP) for borderline personality disorder: making the case for more accessible and affordable psychotherapy. *BMJ Ment Health*, 24(1), e1. doi:10.1136/ebmental-2020-300195

Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). Routledge.

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable & Robinson.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 31–50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(6), 353–379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Kelly, A. C., & Irons, C. (2017) The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care* 4(1), 4. https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Kelly, A. C., & Irons, C. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4. https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50 DOI: 10.1348/014466504772812959

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British journal of clinical psychology*, 43(Pt 1), 31–50. https://doi.org/10.1348/014466504772812959

Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Herédia, A. M. D., & Henriques, P. I. N. (2015). A perturbação borderline da personalidade. Revista Portuguesa de Psicossomática, 17(1), 45-60.

Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30(4), 311–323. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952.x

Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782–793. DOI: 10.1542/peds.2013-3677

Keng, S. L., Mohd Salleh Sahimi, H. B., Chan, L. F., Woon, L., Eu, C. L., Sim, S. H., & Wong, M. K. (2021). Implementation of brief dialectical behavior therapy skills training among borderline personality disorder patients in Malaysia: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *BMC psychiatry*, 21(1), 486. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03500-y

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*. London, England, 377(9759), 74-84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: *Guilford Press*.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545–552. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, *50*(9), 741-749. https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.9.741

Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 969–981. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004

Morey, L. C., & Ambwani, S. (2008). The Personality Assessment Inventory. In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing (pp. 626–645). Sage Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781849200479.n30

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. https://doi.org/10.1080/15298860309027

Paris, J. (2005). Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583. https://doi.org/10.1503/cmaj.045281

Pfohl B, Blum N, St John D, McCormick B, Allen J, Black DW. Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2009 Jun;23(3):281-93. doi: 10.1521/pedi.2009.23.3.281

Pfohl, B., Blum, N., St John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *23*(3), 281–293. https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250–255. https://doi.org/10.1002/cpp.702

Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M., & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: development and validation of a self-report inventory. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *36*(3), 173–182. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.001

Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F., & Bermpohl, F. (2018). Self-Compassion Mediates the Relationship Between Mindfulness and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of personality disorders*, *32*(6), 838–856. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_331

Sommerfeld, E., & Shechory Bitton, M. (2020). Rejection sensitivity, self-compassion, and aggressive behavior: The role of borderline features as a mediator. *Frontiers in psychology*, 11, 44. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00044

Strauss, M. E., & Smith, G. T. (2009). Construct validity: advances in theory and methodology. *Annual review of clinical psychology*, 5,1–25. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153639

Tragesser, S. L., Solhan, M., Brown, W. C., Tomko, R. L., Bagge, C., & Trull, T. J. (2010). Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) scores over time. *Journal of personality disorders*, 24(3), 377–391. https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.377

Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024

Winter, D., Koplin, K., & Lis, S. (2015). Can't stand the look in the mirror? Self-awareness avoidance in borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *2*, 13. https://doi.org/10.1186/s40479-015-0034-9

Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Journal of Child and Youth Care Forum*. DOI:10.1007/s10566-016-9346-1

Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The protective role of selfcompassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *School Mental Health*, 8, 476-485. doi:10.1007/s12310-016-9197-9

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *160*(2), 274–283. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274