

ANA MARGARIDA VALENTE QUINTEIRO

AUTODANO, VERGONHA E TRAÇOS *BORDERLINE* EM ADOLESCENTES: O PAPEL MEDIADOR DA AUTOCOMPAIXÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Área de Especialização em Terapias
Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2020



Autodano, Vergonha e Traços *borderline* em adolescentes: O papel mediador da Autocompaixão

Ana Margarida Valente Quinteiro

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

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Coimbra, 2020

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Marina Cunha por estar sempre disponível para a realização deste trabalho, pelas sugestões e transmissão de conhecimento. Um muito obrigado por tudo, foi um enorme prazer trabalhar consigo.

Ao Diogo Carreiras, pela partilha de conhecimentos durante esta fase. Obrigada por estares sempre disponível e me ensinares tanto.

Às escolas que me receberam, contribuindo para a realização deste trabalho de investigação.

Às minhas grandes amigas Soraia, Andreia e Diana, pelo companheirismo e amizade.

Aos meus pais e irmã. Nunca conseguirei agradecer tudo o que fazem por mim. Não só por este ano, mas por toda a minha vida, pelos ensinamentos que em muito me ajudaram a crescer enquanto profissional. Obrigada pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim e me apoiarem no meu percurso académico, por me lembrarem constantemente de que o trabalho e dedicação será sempre reconhecido. Obrigada pela vossa presença e carinho.

Ao meu namorado, por estar sempre ao meu lado. Por me ajudar em todo este percurso e ter uma paciência de santo. Por ter sempre uma palavra de conforto e alento nos dias mais difíceis. Nunca vou conseguir agradecer tudo o que fazes por mim.

Resumo

Introdução: Os traços *borderline* surgem geralmente durante a adolescência, fase onde os sintomas se tornam evidentes. Os comportamentos auto lesivos não suicidários (*Non-suicidal self-injury – NSSI*) embora sejam uma manifestação comum da Perturbação da Personalidade *Borderline* (PPB), não são um sintoma necessário nem suficiente para fazer o diagnóstico. Vários estudos sugerem uma associação entre a vergonha e a PPB, bem como os *NSSI*. A vergonha é um fator de risco para um conjunto de sintomas relacionados com a PPB, tais como, comportamentos de autodano. A autocompaixão surge como “antídoto” face a uma atitude autocrítica, desencorajadora e punitiva implicando a compreensão dos fracassos e falhas num contexto de falibilidade humana.

Objetivo: Explorar o papel mediador da autocompaixão no efeito dos comportamentos de autodano e sentimentos de vergonha externa e interna sobre os traços *borderline* em adolescentes.

Método: A amostra é constituída por 432 adolescentes (171 rapazes e 261 raparigas) com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, a frequentarem o ensino básico e secundário do ensino regular. Os participantes preencheram uma ficha de dados sociodemográficos e completaram 4 instrumentos confiáveis de autorresposta que avaliaram traços de personalidade *borderline* (ETPB-A), autodano (QIAIS-A), autocompaixão (EAC-A) e vergonha externa e interna (EVEI-A).

Resultados: O sexo feminino obteve pontuações mais elevadas na ETPB-A, no QIAIS-A e na EVEI-A; o sexo masculino obteve pontuações mais elevadas na EAC-A. A idade e os anos de escolaridade não se mostraram associados às variáveis em estudo. A ETPB-A apresenta uma correlação negativa moderada com a EAC-A, uma correlação positiva moderada com o QIAIS-A e com a EVEI-A. Existe também uma associação negativa entre a EAC-A e o QIAIS-A, bem como com a EVEI-A. Por último, existe uma correlação positiva entre o QIAIS-A e a EVEI-A. A mediação da autocompaixão na relação entre o autodano e os traços *borderline* explica 26% de variância e 46% na relação entre a vergonha e os traços *borderline* em adolescentes.

Conclusão: Este estudo apresenta dados inovadores na compreensão do papel da autocompaixão nos traços *borderline* em adolescentes, face a outras variáveis pouco exploradas como o autodano e a vergonha (externa e interna). Estes resultados parecem

apontar para o possível efeito positivo da autocompaixão nos traços *borderline* em adolescentes, na presença de comportamento de autodano e vergonha.

Palavras-chave: Adolescência, Traços de Personalidade *Borderline*, Autodano, Autocompaixão e Vergonha Externa e Interna.

Abstract

Introduction: *Borderline* traits usually appear during adolescence, the stage when symptoms become evident. Non-suicidal self-injury (NSSI) behaviours, although they are a common manifestation of PPB, are not a necessary or sufficient symptom to make the diagnosis. Several studies suggest an association between shame and PPB, as well as NSSI. Shame is a risk factor for a set of symptoms related to PBP, such as self-harm behaviors. Self-compassion appears as an “antidote” in the face of a self-critical, discouraging and punitive attitude, implying the understanding of flaws.

Objectives: Explore the mediating role of self-compassion in the effect of self-harm behaviors and feelings of external and internal shame on *borderline* traits in adolescents.

Method: The sample consists of 432 adolescents (171 boys and 261 girls) aged between 12 and 19 years old, attending basic and secondary education. Participants filled out a sociodemographic data sheet and completed 4 reliable self-response instruments that assessed *borderline* personality traits (ETPB-A), self-harm (QIAIS-A), self-compassion (EAC-A) and external and internal shame (EVEI-A).

Results: The female gender obtained higher scores in ETPB-A and EVEI-A; the male gender obtained higher scores in the EAC-A; in QIAIS-A there were no gender differences. Age and years of schooling were not associated with the variables under study. ETPB-A has a moderate negative correlation with EAC-A, a moderate positive correlation with QIAIS-A and EVEI-A. There is also a negative association between EAC-A and QIAIS-A, as well as with EVEI-A. Finally, there is a positive correlation between QIAIS-A and EVEI-A. Finally, there is a positive correlation between QIAIS-A and EVEI-A. Mediation of self-compassion in the relationship between self-harm and *borderline* traits explains 26% variance and 46% in the relationship between shame and *borderline* traits in adolescents.

Conclusion: This study presents innovative data in the understanding of the role of self-compassion in *borderline* traits in adolescents, in view of other little explored variables such as self-harm and shame (external and internal). These results seem to point to the possible positive effect of self-compassion on *borderline* traits in adolescents, in the presence of self-harm and shame behavior.

Key words: Borderline Personality Traits; Self-Damage; Self-Compassion; External and Internal Shame.

Introdução

A adolescência é considerada uma etapa de desenvolvimento biopsicossocial, onde o indivíduo sofre mudanças corporais e se adapta a novas estruturas ambientais e psicológicas (Ferreira & Nelas, 2006). É assim, o período de transição que liga a infância à idade adulta, caracterizada por mudanças biológicas, cognitivas e emocionais (Santrock, 2019). Adicionalmente este período é marcado ainda por imaturidade na autorregulação, o que pode levar a uma intensificação de comportamentos de risco, no sentido em que os sistemas de recompensa são facilmente ativados (Steinberg, 2007). Deste modo, todas as transformações inerentes à adolescência podem contribuir para uma regulação emocional mais eficiente e adaptativa, ou, em alternativa, podem levantar dificuldades a este processo autorregulatório, conduzindo a dificuldades e comportamentos desajustados (Steinberg et al., 2006). Assim sendo, é considerado um estágio de desenvolvimento que frequentemente é caracterizado por impulsividade, turbulência emocional e psicológica, rápidas mudanças de humor e aumento da vulnerabilidade a falhas nos comportamentos adaptativos (Irwin et al., 2002). A adolescência é um gatilho para o aparecimento de muitas perturbações mentais importantes (Paris, 2003). De facto, existe suporte empírico de que a desregulação emocional constitui um fator de risco para a psicopatologia na adolescência, mais do que uma consequência da mesma (McLaughlin et al., 2011).

Os traços *borderline* surgem geralmente durante a adolescência, fase onde os sintomas se tornam evidentes (Chanen, 2012). Alguns autores, destacam a adolescência como um período de desenvolvimento especialmente crítico no curso da Perturbação da Personalidade *Borderline* (Crick et al., 2005). A PPB emerge de fatores de risco biológicos e psicossociais complexos e interativos (Crowell et al., 2009). Caracteriza-se por um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem, afetos, e impulsividade que interferem persistentemente no funcionamento diário do adolescente ao longo de 1 ano ou mais (APA, 2014). Embora seja maioritariamente diagnosticada a partir dos 18 anos de idade, alguns estudos mostraram a identificação de traços *borderline* em adolescentes, mantendo-se os mesmos até à idade adulta (Garny et al., 2014). Nas últimas três décadas, tem vindo a ser posto em causa o facto de o diagnóstico da PPB apenas se aplicar a indivíduos com mais de 18 anos (Fossati et al., 2011; Sharp et al., 2009), de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994). Atualmente a nova edição do DSM 5 (APA, 2014) contempla já estes novos dados, estendendo a aplicação deste diagnóstico a jovens com idade igual ou inferior a 18 anos. A investigação em torno dos traços *borderline* na adolescência tem crescido nos últimos anos, partindo da premissa de que, sendo a PPB uma perturbação da personalidade, marcada por um desenvolvimento disfuncional a mesma pode ser

encontrada em faixas etárias mais jovens (Paris, 2009).

Experiências traumáticas na infância (e.g., abuso sexual) (Westphal et al., 2013), ineficácia das interações e do suporte emocional por parte dos pais (Paris & Zweig-Frank, citado por Swift, 2009), negligência e uma parentalidade deficiente são fatores que podem estar na origem do seu desenvolvimento sendo considerados preditores de um diagnóstico da PPB na idade adulta (Goodman et al., 2013).

Os comportamentos auto lesivos não suicidários (*Non-suicidal self-injury – NSSI*), são definidos como o dano deliberado e autoinfligido do próprio tecido corporal sem intenção suicida (Gillies et al., 2018). Os comportamentos de autodano estão inequivocamente associados à psicopatologia na adolescência. Pode ter como função a regulação emocional (Klonsky, 2009), na procura do alívio de estados emocionais negativos intensos e aversivos. Pode servir como um meio de auto tranquilização ou de evitar sentimentos indesejados, em resposta ao sofrimento emocional (Vliet & Kalnins, 2011). Os comportamentos de autodano mais frequentes são cortar-se, queimar-se, arranhar-se gravemente, bater contra um objeto e bater-se, sendo que a maior parte dos indivíduos recorre a múltiplos métodos (Jenkins & Schmitz, 2012). Madge e colaboradores (2011), concluíram que o autodano está associado a elevados níveis de depressão, ansiedade e impulsividade, e por sua vez, a baixos níveis de autoestima, bem como a acontecimentos de vida *stressantes*. Os *NSSI* embora sejam uma manifestação comum da PPB (Nock et al., 2006), não são um sintoma necessário nem suficiente para fazer o diagnóstico (Siever et al., 2002). A prevalência ao longo da vida de *NSSI* varia entre 17 e 18% da população em geral. Nas amostras clínicas, a prevalência aumenta aproximadamente para os 60% (Brown & Plener, 2017). Na população adolescente, o comportamento impulsivo, bem como a instabilidade afetiva e as relações interpessoais perturbadas, parecem estar associados à presença de *NSSI* (You et al., 2012). A própria PPB é considerada um fator de risco para a ocorrência destes comportamentos (Stanley et al., 2001), não havendo diferenças entre os sexos (Sansone & Sansone, 2011). Vários autores concordam que os comportamentos de autodano ocorrem como estratégia de redução de tensão interna percebida pelo indivíduo (Klonsky, 2007), constituindo um fator de risco para o suicídio (New et al., 2008). Adicionalmente, outras investigações concluem que é frequente encontrar comportamentos de autodano em adolescentes com traços *borderline* (Gratz et al., 2011; Colleen et al., 2008; Nock et al., 2006).

Adolescentes com traços *borderline* apresentam dificuldades na regulação de emoções negativas, como tristeza intensa, ansiedade, vergonha, culpa e raiva, e que essas dificuldades afetam a capacidade de responder adequadamente às exigências do meio social (Unoka et al., 2011). Vários estudos sugerem uma associação entre a vergonha e a PPB (Rüsch et al., 2007), bem como nos

NSSI (Linehan, 1993). A vergonha pode funcionar como uma emoção funcional, já que perante uma situação de ameaça social, pode ter como objetivo defender o *Eu* de ameaças sociais percebidas (Gilbert, 2002). A emoção de vergonha relaciona-se com o sistema de defesa social primitivo, manifestando-se através do desejo de fuga, de comportamentos de submissão, raiva e dissimulação. A percepção de uma ameaça ao *Eu* desencadeia emoções básicas (e.g., raiva, ansiedade, tristeza) que poderão interagir com representações simbólicas do *Eu*. Tal conduz à manifestação de emoções auto conscientes como por exemplo, a vergonha (Gilbert, 2000) que é considerada como central no desenvolvimento de psicopatologia (Gilbert, 2000; Pinto-Gouveia & Matos, 2010). É uma emoção que envolve duas componentes (Gilbert & Procter, 2006).

Uma das componentes é designada por vergonha interna, que se pode definir como a pessoa se percebe a si própria perante os outros. Está relacionada com autoavaliações negativas e autodirigidas, como por exemplo, sentimentos de autorrejeição (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2009), sendo que o sujeito se considera como inadequado, defeituoso, fraco e indesejado (Gilbert & Procter, 2006). A segunda componente designada de vergonha externa, está associada ao medo da exposição que poderá resultar numa forma de diminuição social, desvalorização ou rejeição, que poderá motivar a ocultação de aspetos pouco atraentes do *Eu* aos outros (Lewis, 1992). Pode surgir como um sinal de alerta de que existimos negativamente na mente dos outros, como sendo pessoas sem valor, indesejáveis, inferiores, com defeitos e não atraentes (Gilbert, 2003). A literatura tem apontado uma associação significativa entre a vergonha e sintomas psicopatológicos (e.g. depressão, ansiedade, perturbações alimentares, imagem corporal, ansiedade social, isolamento, comparação social (Cheung et al., 2004; Cunha et al., 2012; Duarte et al., 2017; Oliveira et al., 2018). Na PPB, os indivíduos costumam sentir níveis elevados de vergonha. Esse sofrimento vivenciado é disfarçado pela raiva demonstrada por estes, pois a mesma está fortemente relacionada à vergonha, assim como alta impulsividade e a baixa autoestima (Gabbard, 2016). Descrevem níveis significativamente mais altos de vergonha do que indivíduos diagnosticados com outras perturbações afetivas (Rüsch et al., 2007; Scheel et al., 2014). A vergonha é um fator de risco para um conjunto de sintomas relacionados com a PPB, tais como, comportamentos de autodano (VanDerhei et al., 2014), abuso de substâncias (Dearing et al., 2005) e envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Stuewig et al., 2015).

Num estudo realizado por Barnard e Curry (2011), concluíram que a vergonha está negativamente correlacionada com a autocompaixão, que surge como “antídoto” face a uma atitude autocrítica, desencorajadora e punitiva implicando a compreensão dos fracassos e falhas (Neff, 2003). A autocompaixão associa-se negativamente com a psicopatologia (Marsh et al., 2018) e positivamente com o bem-estar e funcionamento psicológico adaptativo (Bluth et al., 2017).

Está significativamente associada ao funcionamento psicológico positivo, podendo ter um efeito protetor em várias problemáticas (Barnard & Curry, 2011). Apesar do aumento do estudo da autocompaixão, nos últimos anos (Germer & Neff, 2013), verifica-se alguma escassez na investigação do constructo em adolescentes (Cunha et al., 2013; Cunha et al., 2016). Contudo, na população adulta já existem alguns estudos que mostram o efeito protetor da autocompaixão na PPB (Keng & Wong, 2017; Scheibner et al., 2018). Num estudo com adolescentes portugueses (Cunha et al., 2013), de facto, os adolescentes que são mais autocompassivos tendem a relatar um estilo de vinculação segura, sentimentos de conexão social, níveis mais altos de atenção plena e níveis mais baixos de depressão e ansiedade (Bluth & Blanton, 2015). Por outro lado, os adolescentes com baixa autocompaixão parecem ser mais propensos ao sofrimento psicológico, desregulação emocional, uso de substâncias e tentativa de suicídio (Vettese et al., 2011). A autocompaixão, está então relacionada com a saúde psicológica, com a satisfação com a vida e com a inteligência emocional (Leary et al., 2007). Portanto, pode funcionar como um fator com efeito benéfico em geral, e na saúde, em particular, pelo que pode ser alvo de intervenção, a fim de promover a resiliência e bem-estar dos adolescentes em vários contextos de vida (Cunha et al., 2016).

O presente estudo tem como objetivo central analisar o efeito mediador da autocompaixão na relação entre o autodano e os traços da personalidade *borderline*, bem como na relação entre a vergonha externa e interna e os traços *borderline*, controlando o efeito do sexo. Especificamente, procurou-se responder às seguintes questões:

De que forma é que o sexo e idade e anos podem estar associados às variáveis em estudo, nomeadamente, o autodano, a vergonha (externa e interna), a autocompaixão e os traços da personalidade *borderline* em adolescentes portugueses?

Como (direção e força) é que o autodano, a vergonha e a autocompaixão estão associadas aos traços de personalidade *borderline* nos adolescentes?

Para além do efeito direto do autodano e da vergonha sobre os traços *borderline*, poderá este efeito ser mediado pela autocompaixão?

Metodologia

Amostra/Participantes

A amostra deste estudo foi de conveniência, recolhida em 6 escolas públicas do distrito de Coimbra e Aveiro. Foram tidos em conta os seguintes critérios de inclusão: a) entrega do consentimento informado dos encarregados de educação; b) alunos a frequentarem o 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário ou equivalente; c) idades iguais ou superiores a 12 anos e iguais ou inferiores a 19 anos; c) preenchimento completo dos instrumentos de avaliação.

A amostra final (Tabela 1) ficou constituída por 432 adolescentes, sendo 171 do sexo masculino (39,6%) e 261 do sexo feminino (60,4%), distribuídos pela zona centro, a frequentar o ensino regular, 3º ciclo e ensino secundário. A idade dos sujeitos está compreendida entre os 12 e os 19 anos, sendo a média de idades de 15,48 ($DP = 1,53$). As raparigas apresentaram uma média mais baixa de idade ($M=15,35$; $DP=1,47$), quando comparadas com os rapazes ($M=15,68$; $DP=1,60$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{(430)}=2,20$; $p = 0,03$). A idade média dos anos de escolaridade foi de 10,15 ($DP=1,43$), não se evidenciando diferenças significativas em função do sexo ($t_{(430)}=0,60$; $p=0,55$). Relativamente ao rendimento escolar, 49,5% ($n=214$) percecionam o mesmo como “bom”, 36,6% ($n=158$) como “suficiente”, 11,3% ($n=49$) como “muito bom” e 2,1% ($n=9$) como “insuficiente”. No que diz respeito às reprovações, verificou-se que a maioria dos adolescentes nunca tinha reprovado (82,4%; $n=356$). Quanto ao nível socioeconómico, 80,3% ($n=347$) classificou como “médio”, 13,4% ($n=58$) como “alto”, 3,0% ($n=13$) como “baixo”, 0,7% ($n=3$) como “muito baixo” e 0,7% ($n=3$) como “muito alto”.

Tabela 1

Características gerais da amostra: sexo, idade, ano de escolaridade, número de reprovações, auto percepção do rendimento e do nível socioeconómico.

		Total (N=432)			
		N	%	M	DP
Sexo	Masculino	171	39,6	-	-
	Feminino	261	60,4		
Idade	12-19	432	100	15,48	1,53
Ano de escolaridade	7-12	432	100	10,15	1,43
Rendimento escolar	Insuficiente	9	2,1		
	Suficiente	158	36,6	1,70	0,69
	Bom	214	49,5		
	Muito bom	49	11,3		
Número de reprovações	Zero	356	82,4		
	Uma	51	11,8		
	Duas	17	3,9	0,24	0,60
	Três	5	1,2		
	Quatro	1	0,2		
Nível socioeconómico	Muito baixo	3	0,7		
	Baixo	13	3,0		
	Médio	347	80,3	2,11	0,46
	Alto	58	13,4		
	Muito alto	3	0,7		

Nota: N = número total de indivíduos; M = média; DP = desvio-padrão

Instrumentos

Escala de Traços de Personalidade *Borderline* para Adolescentes (ETPB-A; *Borderline* Personality Features Scale for Children - BPFS-C; Sharp et al., 2014; versão portuguesa: Carreiras et al., 2020)

A versão portuguesa deste instrumento de autorresposta é constituída por 10 itens, que avaliam os traços *borderline* de adolescentes, com questões sobre a forma como o sujeito se sente em relação a si próprio e aos outros (e.g., “A maneira como me sinto muda muito.”, “Sinto que há algo importante que falta em mim, mas não sei o que é.”). O formato de resposta é tipo Likert de 5 pontos (1=“ Nunca verdadeiro”; 5=“ Sempre verdadeiro”). Quanto mais elevada a

pontuação total, maior o grau de traços *borderline*. No estudo da versão original, a BPFSC-C apresentou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,85, Sharp et al., 2014), bem como no estudo da versão portuguesa (α de Cronbach = 0,77, Carreiras et al., 2020). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,87.

Questionário de Impulso, Auto dano e Ideação Suicida para Adolescentes (QIAIS-A; versão portuguesa para adolescentes por Carvalho et al., 2015)

É um instrumento de autorresposta que mede impulsividade, a presença de comportamentos de autodano, comportamentos de risco, as funções do autodano, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. É constituído por 56 itens, distribuídos por cinco fatores: Impulso (e. g., “Faço coisas sem pensar nas consequências”), Autodano (e. g., “Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito”), Comportamentos de risco (e.g., “Abuso excessivamente de drogas leves”) Funções (e. g., “Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido”) e Ideação suicida (e. g., “Já houve alturas em que pensei que me queria matar”). Os participantes respondem numa escala de Likert de 4 pontos (0 = Nunca acontece comigo; 3 = Acontece-me sempre). Quanto maior for a pontuação final nos respetivos fatores, maior a impulsividade, mais frequentes a prática de comportamentos de autodano e ideação suicida. O questionário apresenta uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach de 0,86 para o seu total e entre 0,76 e 0,91 para os seus fatores (Carvalho et al., 2015). Neste presente estudo foi utilizada a subescala do Autodano que obteve um alfa de 0,79 (0,91 no estudo original) (Carvalho et al., 2015).

Escala de Autocompaixão (EAC-A; Self-Compassion Scale - SCS; Neff, 2003; versão portuguesa para adolescentes: Cunha et al., 2016)

Esta escala destina-se a avaliar a autocompaixão em adolescentes, ou seja, a capacidade de serem calorosos, aceitantes e compreensivos consigo próprios em momentos difíceis e de sofrimento. É composta por 26 itens divididos em 6 subescalas: Calor/Compreensão (e. g., “Tento ser afetuoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer (ex., fazer ou dizer algo que seja reconfortante para mim”); Isolamento (e. g., “Quando penso acerca das minhas inquietações e defeitos, sinto-me mais à parte e desligado(a) do resto do mundo”); Condição humana (e. g., “Tento ver os meus erros e falhas como fazendo parte da condição humana (os humanos erram)”); Autocrítica (e. g., “Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos de minha personalidade de que não gosto”); Mindfulness (e. g., “Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções”); Sobre identificação (e. g., “Quando alguma

coisa dolorosa acontece, tenho tendência a exagerar a sua importância”). A resposta a esses itens é feita através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 = “Quase nunca”; 5 = “Quase sempre”). A EAC-A revelou boa consistência interna no estudo original (α de Cronbach = 0,92; Neff, 2003). Na versão portuguesa para adolescentes, a medida apresentou uma boa consistência interna para o total da escala ($\alpha = 0,88$), bem como valores adequados para as seis subescalas, variando entre $\alpha = 0,70$ e $\alpha = 0,79$ (Cunha et al., 2016). Na presente amostra, a escala global apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0,85$, variando entre 0,55 e 0,87 para os seus fatores).

Escala de Vergonha Externa e Interna para adolescentes (EVEI-A; Cunha et al., 2019)

É um instrumento de autorresposta que tem como objetivo avaliar em adolescentes a vergonha externa (e.g., Sinto que “Os outros me veem como desinteressante”) e vergonha interna (e.g., Sinto que “Sou diferente e inferior aos outros). Esta escala é composta por 8 itens e a resposta é dada através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (0=” Nunca”; 5=” Sempre”). Assim, quanto maior a pontuação, maior é o sentimento de vergonha externa e interna. A EVEI-A apresenta boa consistência interna para o total da escala ($\alpha = 0,85$), e uma consistência interna adequada para as subescalas de vergonha externa ($\alpha = 0,75$) e de vergonha interna ($\alpha = 0,79$) (Cunha et al., 2019). No estudo em curso foram obtidos os seguintes alfas de Cronbach: 0,84 para a vergonha externa, 0,86 para vergonha interna e 0,91 para a pontuação global.

Procedimentos

O presente estudo faz parte de uma investigação mais abrangente sobre fatores de risco e protetores para o desenvolvimento de Traços de Personalidade *Borderline* em adolescentes portugueses, tendo sido previamente aprovado pelas entidades tutelares competentes, nomeadamente pela Direção-Geral da Educação (DGE) e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd).

Após o parecer favorável da DGE, foram formalizados pedidos de autorização aos diretores dos conselhos executivos, explicando em que consistia a investigação e quais os seus objetivos. Seguiu-se a distribuição dos consentimentos informados aos encarregados de educação para a autorização da participação dos seus educandos na investigação.

Foram contactados os autores dos instrumentos de avaliação e asseguradas as respetivas autorizações para a sua aplicação. O protocolo de investigação desenvolvido para o efeito ficou constituído por 4 instrumentos acima citados, acompanhados da folha de rosto, na

qual é explicado o objetivo central do estudo, os procedimentos e a salvaguarda de questões éticas (como o anonimato, a confiabilidade, a participação voluntária, e o direito a interromper a colaboração a qualquer momento). O preenchimento do questionário foi realizado individualmente, em contexto de sala de aula ou biblioteca, na presença da investigadora, demorando em média, 25 minutos.

Estratégica analítica

O estudo teve um desenho de natureza transversal e os procedimentos estatísticos foram executados com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics* 22.0 (SPSS IBM; Chicago, IL) e *Process* macro (Hayes, 2018).

Na caracterização dos participantes procedeu-se ao cálculo de médias e desvios padrão em relação às variáveis contínuas (e.g., idade e anos de escolaridade) e de frequências no que diz respeito às variáveis categoriais (e.g., sexo).

A normalidade das distribuições foi avaliada através do teste de Kolmogorov–Smirnov (S–K) com correção de Lilliefors e das medidas de assimetria ou *Skewness* (Sk) e de achatamento ou *Kurtosis* (Ku). Segundo Kline (2005), não foram encontradas transgressões acentuadas à distribuição normal (valores de $|Sk| < 3$ e de $|Ku| < 10$).

A análise do Diagrama de Caixas foi utilizada para a exploração de possíveis *outliers*.

A consistência interna das medidas utilizadas neste estudo foi avaliada através da análise do alfa de Cronbach. Utilizaram-se como valores de referência os índices apontados por Pestana e Gageiro (2008), em que um valor de alfa inferior a 0,60 indica uma consistência interna inadmissível; entre 0,60 e 0,70 uma consistência interna fraca; entre 0,70 e 0,80 uma consistência interna razoável; entre 0,80 e 0,90 uma consistência interna boa; e, finalmente, um alfa superior a 0,90 é indicador de uma consistência interna muito boa.

Para testar as diferenças entre sexos relativamente às variáveis em estudo, procedeu-se à elaboração do teste *t* para amostras independentes. Para calcular o tamanho do efeito foi utilizado o teste *d* de Cohen. Utilizaram-se como valores de referência os índices apontados por Cohen (1998) em que o tamanho do efeito é pequeno se o valor de *d* for entre 0,20 e 0,30; pequeno se variar entre 0,40 e 0,70; e grande se for $\geq 0,80$.

Foram realizadas matrizes de correlação de Pearson para explorar as relações entre as variáveis e utilizados os critérios de Pestana e Gageiro (2008) para interpretar os

coeficientes de correlação. Assim, um coeficiente de correlação inferior a 0,20 traduz uma associação muito baixa; um valor entre 0,21 e 0,39 aponta para uma associação baixa; entre 0,40 e 0,69 é indicador de uma associação moderada; entre 0,70 e 0,89 é elevada; e superior a 0,90 é considerada muito elevada.

Em todas as análises foi considerada uma significância estatística com um valor de p igual ou inferior a 0,05 (Marôco, 2014).

Com a finalidade de testar o possível efeito mediador da autocompaixão foram realizadas mediações através do *PROCESS* macro, versão 4.3 para o SPSS (modelo 4; Hayes, 2013) e os efeitos diretos e indiretos foram analisados. A mediação é o processo pelo qual uma variável independente (X) afeta a variável dependente (Y) por meio de efeito indireto de uma ou mais variáveis mediadoras (M) (Hoyle & Robinson, 2004).

Existem dois caminhos distintos pelos quais a variável X influencia Y . As letras, a , b , c e c' representam o efeito correspondente a cada uma das relações. Devem ser considerados os efeitos diretos e indiretos, assim como o efeito total do modelo. Para derivar esses efeitos, é necessário estimar os componentes que constituem os efeitos indiretos, ou seja, o efeito de X em M , assim como o efeito de M sobre Y (Hayes, 2013).

Um procedimento de 5.000 *bootstrap* foi usado para testar a significância dos efeitos diretos e indiretos. Nesta análise, quando o intervalo de confiança não inclui zero os efeitos são considerados estatisticamente significativos. Embora seja comum na descrição dos resultados apresentar os caminhos padronizados (*standardized paths*), a maioria dos métodos de avaliação da mediação são baseados em caminhos não padronizados (*unstandardized paths*) (Hayes, 2013).

Esta análise teve 2 momentos. O primeiro foi verificar se a autocompaixão mediava a relação entre o autodano e os traços *borderline* e, no segundo se a autocompaixão mediava a relação entre a vergonha e os traços *borderline*. Em ambos, a variável sexo foi controlada (covariável).

Resultados

Análise Preliminar dos dados

Todas as escalas apresentam uma distribuição normal, tendo em conta os valores de referência de Kline (2005).

A existência de *outliers* foi avaliada através da representação gráfica dos resultados (Quartis-Box Plot) que indicaram a presença de alguns valores extremos, mas

optou-se pela manutenção dos mesmos uma vez que estes não diminuam a variabilidade associada ao fator em estudo e não interferiam com as análises estatísticas realizadas (Tabachnick & Fidell, 2007).

O cálculo dos alfas de Cronbach permitiu observar que todas as escalas utilizadas nas análises mostraram valores de consistência interna bons a muito bons (coeficientes entre 0,79 e 0,96).

Estatísticas descritivas

Recorreu-se a testes *t* de *Student* para amostras independentes para testar as diferenças de sexo relativamente às médias nas variáveis em estudo.

Pela análise da Tabela 2, tanto na escala dos traços de personalidade *borderline*, como na escala do autodano e na escala de vergonha externa e interna o sexo feminino obteve pontuações significativas mais elevadas, sendo o tamanho do efeito médio; Na Escala de autocompaixão o sexo masculino obteve pontuações significativamente mais elevadas, sendo o tamanho do efeito médio ($t = -3,11; p < 0,001$).

Tabela 2

Médias (*M*) e desvios-padrão (*DP*) para o total da amostra e comparação entre os sexos nas variáveis em estudo, e valores de *d* Cohen ($N = 432$)

	Masculino	Feminino	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> Cohen
	($N=171$)	($N=261$)			
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)			
Traços de personalidade <i>borderline</i> (ETPB-A)	22,22 (8,12)	26,97 (7,82)	-6,08	<0,001	- 0,60
Autocompaixão (EAC-A)	3,23 (0,54)	2,98 (0,62)	4,38	<0,001	0,43
Autodano (QIAIS-A)	0,08 (0,24)	0,17 (0,32)	-3,11	<0,001	- 0,32
Vergonha Externa e Interna (EVEI-A)	0,96 (0,79)	1,42 (0,89)	-5,55	<0,001	- 0,55

Nota. ETPB-A = Escala de Traços de Personalidade *Borderline* para Adolescentes; EAC-A = Escala da Autocompaixão; QIAIS-A = Subescala do Autodano; EVEI-A = Escala da Vergonha Externa e Interna.

Correlações

Na tabela 3 são apresentadas as correlações de Pearson entre as variáveis em estudo. Os Traços de Personalidade *Borderline* apresentam uma correlação negativa moderada com a Autocompaixão ($r = -0,55; p < 0,05$), e uma correlação positiva moderada com o Autodano ($r = 0,46; p < 0,05$) e com a Vergonha Externa e Interna ($r = 0,65; p < 0,05$). Existe também uma associação negativa moderada entre a Autocompaixão e o Autodano ($r =$

-0,47; $p < 0,05$), bem como com a Vergonha Externa e Interna ($r = -0,65$; $p < 0,05$). Por último, existe uma correlação significativa, positiva e moderada entre o Autodano e a Vergonha Externa e Interna ($r = 0,49$; $p < 0,05$).

Tabela 3

Matrizes de correlação de Pearson entre a idade, escolaridade, traços borderline, autocompaixão, autodano, vergonha externa e interna (N= 432)

Variáveis	1.	2.	3.
1. Traços de Personalidade <i>Borderline</i> (ETPB-A)	—	—	—
2. Autocompaixão (EAC-A)	-0,55*	—	—
3. Autodano (QIAIS)	0,46*	-0,47*	—
4. Vergonha Externa e Interna (EVEI-A)	0,65*	-0,65*	0,49*

Nota. ETPB-A = Escala de Traços de Personalidade *Borderline* para Adolescentes; EAC-A = Escala da Autocompaixão; QIAIS-A = Subescala do Autodano; EVEI-A = Escala da Vergonha Externa e Interna. ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Modelos de mediação para testar o efeito mediador da Autocompaixão

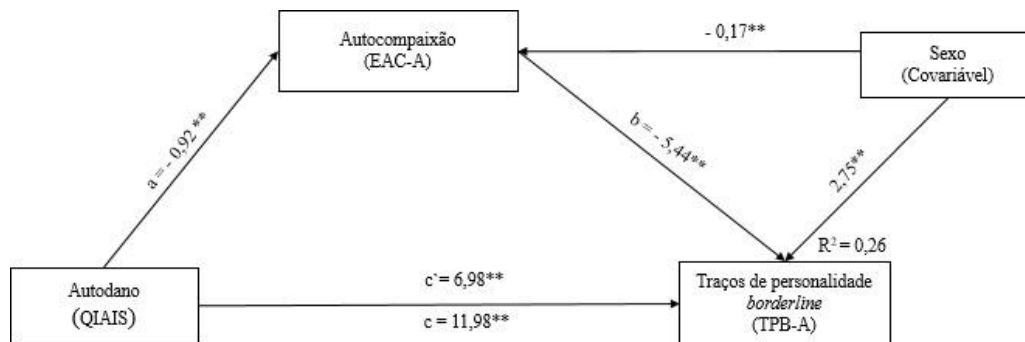
Com o objetivo de verificar o possível efeito mediador da autocompaixão na relação entre o autodano e os traços *borderline*, e entre a vergonha e os traços *borderline* conduzimos dois modelos mediacionais baseados em quatro passos diferentes: 1) Confirmar o significado da relação entre a variável independente (autodano) e a variável dependente (traços *borderline*) (seta c); 2) Confirmar o significado da relação entre o autodano e a autocompaixão (variável mediadora) (seta a); 3) Confirmar o significado da relação entre a autocompaixão e os traços *borderline* na presença de autodano (seta b); e 4) Confirmar a redução significativa do efeito da relação entre o autodano e os traços *borderline* na presença da autocompaixão (seta c'). Assim, foi considerado que existe um efeito mediador da autocompaixão, se o efeito indireto for significativo.

Para ambos os modelos, a variável sexo foi incluída como covariável dadas as diferenças entre rapazes e raparigas reportadas anteriormente ao nível dos traços *borderline* e autocompaixão.

O papel mediador da Autocompaixão na relação entre o Autodano e os Traços *borderline* em adolescentes

A **Figura 1** mostra o efeito mediador da autocompaixão (variável mediadora) na relação entre o autodano (variável independente) os traços *borderline* (variável dependente) controlando a variável sexo (covariável).

O modelo de mediação explicou 26% de variância dos traços *borderline*, sendo que a totalidade das trajetórias mostrou ser significativa ($F = 74,89; p < 0,01$). O efeito direto do autodano na autocompaixão foi significativa ($B = -0,92$ CI $[-1,09, -0,75]$ $t = -10,52, p < 0,01$), assim como o efeito da autocompaixão foi nos traços *borderline* ($B = -5,44$ CI $[-6,62, -4,26]$ $t = -9,08, p < 0,01$). Na relação entre o autodano e os traços *borderline*, tanto o efeito direto ($c' = 6,98$ CI $[4,59, 9,37]$ $t = 5,74, p < 0,01$) como o efeito total ($c = 11,98$ CI $[9,65, 14,30]$, $t = 10,14, p < 0,01$) foram significativos quando controlada a variável sexo, confirmando a hipótese de mediação. A variável sexo mostrou um efeito significativo na autocompaixão ($B = -0,17$ CI $[-0,28, -0,07]$ $t = -3,29, p < 0,01$) e nos traços *borderline* ($B = 2,75$ CI $[1,45, 4,04]$ $t = 4,16, p < 0,01$).



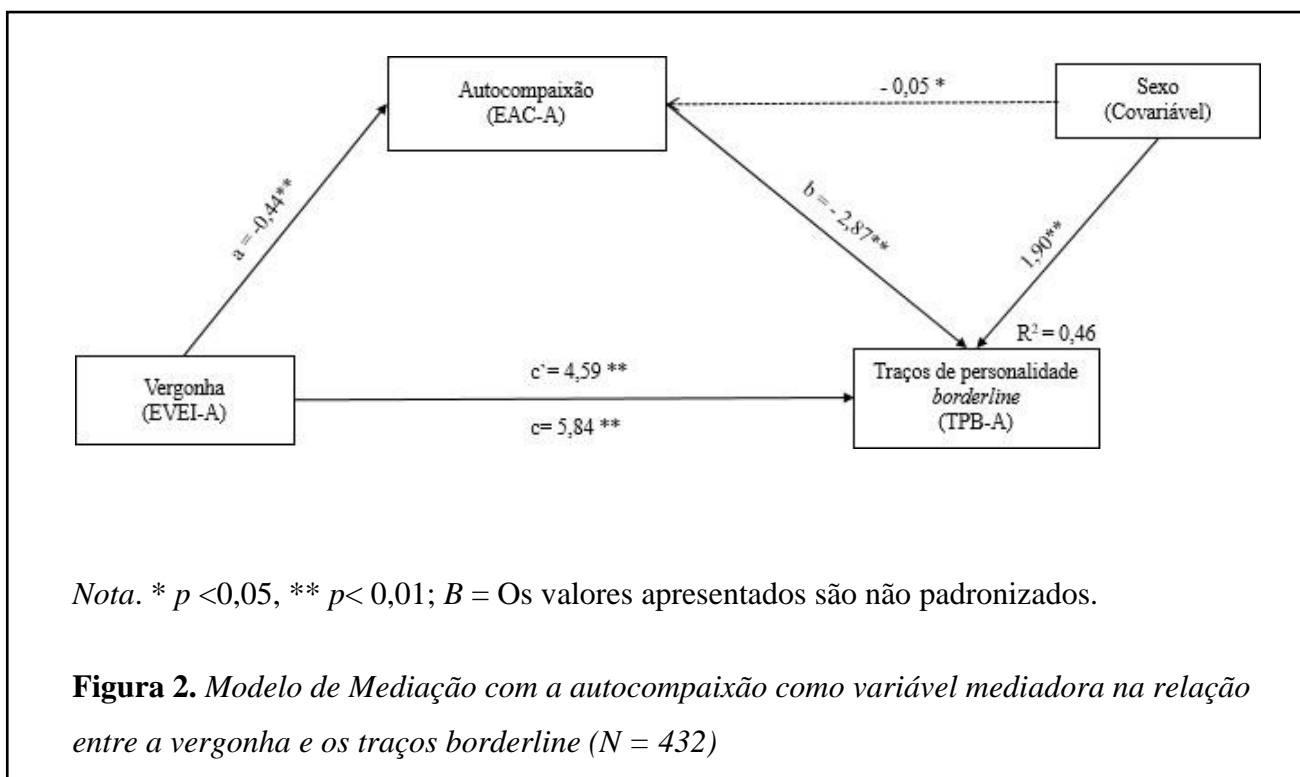
Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; B = Os valores apresentados são não padronizados.

Figura 1. Modelo de Mediação com a autocompaixão como variável mediadora na relação entre o autodano e os traços *borderline* ($N = 432$)

O papel mediador da Autocompaixão na relação entre a Vergonha e os Traços *borderline* em adolescentes

A **Figura 2** mostra o efeito mediador da autocompaixão (variável mediadora) na relação entre a vergonha (variável independente) e os traços *borderline* (variável dependente), controlando a variável sexo (covariável).

A presente mediação explica 46% de variância dos traços *borderline*, sendo que o modelo total foi significativo ($F= 123,40; p<0,01$). O efeito direto da vergonha na autocompaixão foi significativo ($B = - 0,44$ CI [- 0,48, -0,38] $t = -16,64, p <0,01$), assim como o efeito da autocompaixão nos traços *borderline* ($B = - 2,87$ CI [-4,12, -1,62] $t = -4,51, p <0,01$). Na relação entre a vergonha e os traços *borderline*, tanto o efeito direto ($c' = 4,59$ CI [3,72, 5,46] $t = 10,37 p <0,01$) como o efeito total ($c = 5,84$ CI [5,14, 6,53], $t = 16,56, p <0,01$) são significativos quando controlada a variável sexo. A variável sexo apresentou um efeito não significativo com a autocompaixão ($B = -0,05$ CI [-0,14, 0,04] $t = - 1,12, p <0,27$), mas significativo com os traços *borderline* ($B = 1,90$ CI [0,68, 3,11] $t = 3,06, p <0,01$).



Discussão

A adolescência pode aparecer como uma fase crítica devido ao aumento da prevalência de problemas psiquiátricos graves. Quando tal acontece, existe uma rutura adaptativa dos comportamentos (Merikangas et al., 2010), que pode promover o aparecimento da sintomatologia *borderline* (Chanen et al., 2007). Apesar da gravidade dos sintomas associados à PPB existem poucas pesquisas sobre o seu desenvolvimento durante a adolescência (Sharp et al., 2012). Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo principal analisar o papel mediador da autocompaixão no efeito dos comportamentos de autodano e dos sentimentos de vergonha sobre os traços *borderline*, controlando o efeito do sexo. Pretendeu-se igualmente explorar a influência de variáveis sociodemográficas sobre os traços *borderline* em adolescentes, assim como a associação entre os traços *borderline* e outras variáveis de interesse como o autodano, a vergonha (externa e interna) e a autocompaixão.

Foram encontradas diferenças entre os sexos em todas as variáveis. Relativamente à autocompaixão, os rapazes mostraram ter uma atitude mais calorosa, aceite e de tolerância consigo próprios perante dificuldades ou situações adversas, quando comparados com as raparigas. Diversos estudos, incluindo uma metanálise sobre o efeito do sexo na autocompaixão, mostraram que quando, existem diferenças, são os rapazes que apresentam valores mais elevados (Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2016; Xavier et al., 2016; Yarnell et al., 2015). Em relação à manifestação de comportamentos de autodano, o sexo feminino obteve pontuações mais elevadas. Vários estudos apontam para taxas de prevalência do autodano significativamente mais elevadas nas raparigas (Bresin & Schoenlebe, 2015; Ohlis et al., 2020). Por último, as raparigas apresentaram níveis mais elevados de vergonha externa e interna do que os rapazes, achado esse que é também validado por outros estudos (Beauchaine et al., 2009; Cunha et al., 2019; Rüsçh et al., 2007).

Todas as variáveis em estudo revelaram-se significativamente associadas entre si. De notar que a autocompaixão, como expectável, mostrou uma associação negativa com as restantes variáveis. Isto significa que, no nosso estudo, valores mais elevados de uma atitude compreensiva, calorosa, gentil e de aceitação para consigo mesmo/a está associada a menos traços *borderline*, menos comportamentos de autodano e menos sentimentos de vergonha nos adolescentes. Estes resultados confirmam dados de outros estudos, nomeadamente, da associação negativa da autocompaixão com os traços de personalidade *borderline* (Berking et al., 2009; Chapman et al., 2011; Krieger et al., 2013); com os comportamentos de autodano (Jiang et al., 2017; Jiang et al., 2017); e com a vergonha (Ferreira et al., 2018; Trindade et al., 2017). No seu conjunto, estes dados sugerem o potencial efeito amortecedor da autocompaixão no aparecimento de dificuldades

psicológicas ou perturbações emocionais. Níveis mais elevados de autocompaixão constituem um fator protetor para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Körner et al., 2015; Krieger et al., 2013), tendo um papel fundamental na promoção de comportamentos de saúde (Sirois & Hirsch, 2019; Sirois & Rowse, 2016). Em sentido inverso, verificou-se uma correlação moderada positiva entre os traços *borderline* e a vergonha, indo ao encontro de diversas pesquisas (Schoenleber & Berenbaum, 2012; VanDerhei et al., 2014). Por exemplo, alguns estudos mostraram que adolescentes com PPB revelavam níveis elevados de vergonha crónica (Rizvi et al., 2011; Rüschi et al., 2007). Por sua vez, na presente amostra verificou-se, como esperado, uma associação positiva entre os comportamentos de autodano e sentimentos de vergonha. Assim, mais comportamentos de autodano nos adolescentes correspondem a mais sentimentos de inferioridade, desvalorização, autoavaliações negativas e de autorrejeição. A vergonha é um estado emocional aversivo, que potencialmente leva ao *NSSI* como um meio de evitar ou regular esses sentimentos, ou como forma de se punir em resposta a esses sentimentos (Taylor et al., 2018). Estudos realizados nesta área concluíram que quanto maior é a vergonha maior a frequência dos *NSSI* (Duggan et al., 2015; Schoenleber et al., 2014).

Quanto ao conjunto de variáveis que melhor explica os traços *borderline*, os modelos de mediação, revelaram resultados importantes para a compreensão da forma como essas variáveis se manifestam, em função do sexo. O primeiro modelo (o papel mediador da autocompaixão na relação entre o autodano e os traços *borderline* em adolescentes) explicou 26% de variância dos traços *borderline*. A autocompaixão é apresentada como mediadora da relação entre o autodano e os traços *borderline*. Tanto o efeito direto como o indireto foram significativos (mediação parcial). Isto significa dizer que o efeito do autodano sobre os traços *borderline* também passa pela forma como o adolescente regula as suas emoções, parecendo mostrar que uma atitude compreensiva e calorosa consigo mesmo face a situações difíceis tem um efeito potencialmente amortecedor neste modelo. No segundo modelo (o papel mediador da autocompaixão na relação entre a vergonha e os traços *borderline* em adolescentes) que explicou 46% de variância dos traços *borderline*. A autocompaixão é apresentada como mediadora da relação entre a vergonha e os traços *borderline*. Tanto o efeito direto como o indireto foram significativos (mediação parcial). A relação entre vergonha e os traços *borderline* é também explicada de forma significativa pela presença da autocompaixão (variável mediadora). O mesmo é dizer que a autocompaixão, enquanto processo de regulação emocional adaptativo, parece ter um papel potencialmente amortecedor nesta relação entre sentimentos de inferioridade, autoavaliações negativas e de autorrejeição e traços *borderline*, independentemente de ser do sexo masculino ou feminino. Os resultados obtidos permitem refletir sobre importantes implicações clínicas. Os traços *borderline*

estão presentes nesta faixa etária, em rapazes e raparigas, e estão associados a variáveis psicológicas negativas, como a autodano e vergonha externa e interna. Assim, a autocompaixão pode funcionar como um fator protetor, estando negativamente associada com os traços *borderline*. Consideramos que o presente estudo apresenta pontos fortes, como o facto de abordar variáveis ainda pouco estudadas na população adolescente portuguesa, recorrendo a uma amostra robusta, permitindo assim identificar importantes pistas para atuar de forma preventiva no desenvolvimento da PPB. Contudo, apresenta algumas limitações. Uma das principais limitações relaciona-se com a natureza transversal do estudo, impossibilitando o estabelecimento de conclusões de causalidade entre as variáveis. Outra das limitações relaciona-se com a utilização de questionários de autorresposta, dado que, por traduzir uma maior subjetividade, poderá conduzir a enviesamentos nos resultados. De modo a ultrapassar estas limitações, pesquisas futuras devem recorrer a um planeamento longitudinal (no sentido de compreender melhor a trajetória desenvolvimental da PPB), assim como a entrevistas para explorar estes dados.

Ainda assim, parece relevante o facto destes dados terem confirmado a associação entre comportamentos de autodano, vergonha e traços *borderline* em adolescentes, bem como ter evidenciando padrões semelhantes quanto ao efeito da idade e sexo. O presente estudo acrescentou à literatura o papel mediador da autocompaixão neste modelo de compreensão dos traços *borderline*, contribuindo com sugestões ao nível da prevenção/intervenção com adolescentes.

Referências

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4^a ed). Washington: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr.

American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5^a ed). Lisboa: Climepsi Editores. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.

Barnard, L., & Curry, J. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*. *American Psychological Association*, 15(4), 243-243. doi: 10.1037/a0025754.

Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. M. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology x Sex x Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(37), 735-770. doi: 10.1017/S0954579409000418.

Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 663-670. doi: 10.1016/j.brat.2009.04.011.

Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). *Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009.

Fossati, A. (2014). Handbook of metalizing in mental health practice. In *Borderline Personality Disorder in Adolescence: Phenomenology and Construct Validity* (pp.19-34). New York: Springer.

Bluth, K., & Blanton, P. W. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10 (3), 219-230. doi:10.1080/17439760.2014.936967.

Bluth, K., Campo, R. A., Futch, W. S., & Gaylord, S. A. (2017). Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 840-853. doi:10.1007/s10964-016-0567-2.

Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19 (3), 20. doi:10.1007/s11920-017-0767-9.

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 Social*, 6(1), 50-63. doi:10.31211/rpics.2020.6.1.170.

Carreiras, D., Loureiro, M., Sharp, C., Cunha, C., & Castilho, P. (2020). Validation of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) and for Parents (BPFS-P) for the Portuguese population. *Journal of Child and Family Studies (in press)*.

Carvalho, C., Nunes, C., Castilho, P., Motta, C., Caldeira, S. & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non-suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation. Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*, 227(2-3), 238-245. doi:10.1016/j.psychres.2015.01.031.

Chanen, A. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14, 45-53. doi:10.1007/s11920-011-0242-y.

Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 297-306. doi: 10.4088/jcp.v68n0217.

Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 29(1), 35-52. doi: 10.1007/s10942-011-0124-6.

Cheung, M., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143- 1153. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00206-X.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^a ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates. doi:10.1016/C2013-0-10517-X.

Crick, N., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17 (4), 1051-1070. doi:10.1017/S0954579405050492.

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

Cunha, M., Matos, M., Faria, D. & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (2), 203-218.

Cunha, M., Silva, P., Galhardo, A., & Ferreira, C. (2019). *Escala de Vergonha Externa e Interna para adolescentes (EVEI-A)*. Manuscrito não publicado. ISMT, Coimbra.

Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*, 93, 56-62. doi:10.1016/j.paid.2015.09.023.

Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da Auto Compaixão em Adolescentes: Adaptação e Qualidades Psicométricas da Escala de Auto Compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 95-117.

Colleen M. Jacobson , Jennifer J. Muehlenkamp , Alec L. Miller & J. BlakeTurner (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375. doi:10.1080/15374410801955771.

Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30 (7), 1392-1404. doi:10.1016/j.addbeh.2005.02.002.

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2017). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 195-202. doi:10.1002/cpp.1996.

Duggan, J., Heath, N., Hu, T., 2015. Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: A one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9 (21), 1-12. doi:10.1186/s13034-015-0052-9.

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 Social*, 6(1), 50-63. doi:10.31211/rpics.2020.6.1.170.

Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2018). A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. Manuscript submitted for publication.

Ferreira, M. & Nelas, P.B. (2006) Adolescências...Adolescentes... Millenium on.line –*Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 32(11), 141-162. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>.

Gabbard, G. O. (2016). Transtornos da Personalidade do Grupo B (5ª ed), *Borderline, Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*, (pp. 427-470). Porto Alegre: Editora Artmed.

Garny de La Rivière S, Knafo A, Pripis C, Rey N, Guilé JM. (2014). [Borderline personality disorder in adolescence]. Les troubles de la personnalité limite l'adolescence *Lett Psychiatre*. 9, 199-210. doi:10.2147/AHMT.S156565.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical Practice. *Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. doi: 10.1002/jclp.22021.

Gilbert, P. (2002). *Body Shame: a biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications*. (1ª ed). *Body shame: conceptualization, research and treatment*. New York: Brunner-Routledge. doi:10.4324/9781315820255.

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly of the Social Sciences*, 70(4), 1205–1230. Retrieved from <https://muse.jhu.edu/article/558610/pdf>.

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: *The Role of the Evaluation of Social Rank*, 7(3), 174-189. doi:10.1002/1099-0879(200007)7:33.0.CO;2-U.

Gilbert, P.; Allan, S. & Goss, K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3 (1), 23-34. 10.1002/(SICI)1099-0879(199603)3:1<23::AID- CPP66>3.0.CO;2-O.

Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Series in affective science. Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. London: Oxford University Press.

Gilbert, P. & Gerslma, C. (1999). Recall of Shame and Favouritism in relation to psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-372. doi:10.1348/014466599162962.

Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent Emotional development and the Emergence of Depressive Disorders*, 1, 195-214. doi:10.1017/CBO9780511551963.011.

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

Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A., ... MD, Christou (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 57 (10), 733-741. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.018.

Goodman, M., Patel, U., Oakes, A., Matho, A., & Triebwasser, J. (2013). Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27 (6), 764-782. doi:10.1521/pedi_2013_27_111.

Gratz, K., Litzman, R., Young, J., Heiden, L., Damon, J., Hight, T., & Tull, M. (2011). Deliberate self-harm among underserved adolescents: The moderating roles of gender, race, and school-level and association with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 39-54. doi:10.1037/a0022107.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: The Guilford Press. doi:10.1111/jedm.12050.

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2^a ed). New York: The Guilford Press.

Hoyle, R. H., & Robinson, J. C. (2004). *Mediated and Moderated Effects in Social Psychological Research: Measurement, Design, and Analysis Issues*. In C. Sansone, C. C. Morf, & A. T. Panter (Eds.), *The Sage handbook of methods in social psychology* (pp. 213-233). Sage Publications, Inc.

Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., & Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31 (6), 91-121. doi:10.1016/s1054-139x(02)00489-5.

Jenkins, A., & Schmitz, M. (2012). The roles of affect dysregulation and positive affect in nonsuicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 16(3), 212-225. doi:10.1080/13811118.2012.695270.

Jiang, Y., You, J., Ren, Y., Sun, R., Liao, S., Zhu, J., & Ma, N. (2017). Brief report: A preliminary comparison of self-compassion between adolescents with nonsuicidal selfinjury thoughts and actions. *Journal of Adolescence*, 59, 124-128. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.05.019.

Jiang, Y., You, J., Zheng, X., & Lin, M.-P. (2017). The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from non-suicidal self-injury. *School Psychology Quarterly*, 32(2), 143-155. doi:10.1037/spq0000187.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (3^a ed.). New York, NY: Guilford Press.

Klonsky, E. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260- 268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008.

Klonsky, ED. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 27(2), 226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002.

Krieger, T., Alteinstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513. doi: 10.1016/j.beth.2013.04.004.

Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS ONE*, 10(10), e0136598. doi:10.1371/journal.pone.0136598.

Leary, R., Tate, B., Adams, E., Allen, B., & Hancock, J. (2007). Selfcompassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality Social Psychology*, 92 (5), 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887.

Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.

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

Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., Leo, D., Wilde, E., . . . Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the child & adolescent self-harm in europe (CASE) study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 20, 499-508. doi:10.1007/s00787-011-0210-4.

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents – A meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011–1027. doi:10.1007/s12671-017-0850-7.

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9),544-554. doi:10.1016/j.brat.2011.06.003.

Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863.

Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035.

Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37.

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240. doi:10.1080/15298860902979307.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004.

Neff, K. D., Rude, S.S., & Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002.

New AS, Triebwasser J, Charney DS. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64: 653-659. doi:10.1016/j.biopsych.2008.04.020.

Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010.

Ohlss, A., Bjureberg, J., Lichtenstein, J., Onofrio, B., ... Helner, C. (2020). Comparison of suicide risk and other outcomes among boys and girls who self-harm. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:0.1007/s00787-020-01490-y

Oliveira, S., Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2018). The buffer effect of body compassion on the association between shame and body and eating difficulties. *Appetite*, 125, 118-123. doi:10.1016/j.appet.2018.01.031.

Paris, J. (2009). Borderline personality disorder. In P. H. Blaney & T. Millon (2nd eds.) *Oxford textbook of psychopathology*. London: Oxford University Press.

Paris, J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 479-488.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2010). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*. 25, 281–290. doi:10.1002/acp.1689.

Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder. In R. L. Dearing, & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 237-260). Washington, DC: *American Psychological Association*.

Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., . . . Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500-508. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.500.

Santrock, J.W. (2019). *Lifespan Development* (17^a ed.). New York: McGraw-Hill.

Sansone RA, Sansone LA. (2011). The interface: Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5): 16-20.

Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., Brodführer, A., Matthies, S., Hermann, C.,... Jacob, G. A. (2014). Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame? *Psychiatry Research*, 220, 490-495. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.062.

Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Aversion and proneness to shame in self- and informant-reported personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 294-304. doi:10.1037/a0025654.

Schoenleber, M., Berenbaum, H., & Motl, R. (2014). Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 204-211. doi:10.1037/per0000035.

Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 765-774. doi:10.1016/j.comppsy.2011.12.003.

Sharp, C., Steinberg, L., Temple, L., & Newlin, E. (2014). An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: Refinement of the BPFSC using IRT. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 70–78. doi:10.1037/per0000057.

Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., et al. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(4), 311-338. doi:10.1521/bumc.2009.73.4.311.

Stuewig, J., Tangney, J. P., Kendall, S., Folk, J. B., Meyer, C. R., & Dearing, R. L. (2015). Children's proneness to shame and guilt predict risky and illegal behaviors in young adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 217-227. doi:10.1007/s10578-014-0467-1.

Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51(12), 964–968. doi:10.1016/s0006-3223(02)01326-4.

Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46-54. doi:10.1007/s12671-018-0945-9.

Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. (2001). Are suicide attempters who selfmutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.

Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (2), 55-59. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x.

Steinberg, L., Dahl, R., Keating, D., Kupfer, D. J., Masten, A. S., & Pine, D. S. (2015). The Study of Developmental Psychopathology in Adolescence: Integrating Affective Neuroscience with the Study of Context. *Developmental Psychopathology*, 710–741. doi:10.1002/9780470939390.ch18.

Swift, E. (2009). Borderline personality disorder: Aetiology, presentation and therapeutic relationship. *Mental Health Practice*, 13(3), 22-25. doi: 10.7748/mhp2009.11.13.22.c7354.

Tabachnick, B., & Fidell, S. (2007). *Using multivariate statistics* (5^a ed.). Boston: Pearson.

Taylor, P. J., Dhingra, K., McDermott, L., Dickson, J. M. (2018). Psychological correlates of self-harm within gay, lesbian and bisexual UK University students. *Archives of Suicide Research*. doi:10.1080/13811118.2018.1515136.

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology*, 135910531771892. doi:10.1177/1359105317718925.

Westphal, M., Olfson, M., Bravova, M., Gameroff, M. J., Gross, R., Wickramaratne, P., ... Neria, Y. (2013). Borderline personality disorder, exposure to

interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry* 76, 365-380. doi:10.1521/psyc.2013.76.4.365.

Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 189 (3), 419-25. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.010.

VanDerhei, S., Rojahn, J., Stuewig, J., & McKnight, P. E. (2014). The effect of shame-proneness, guilt-proneness, and internalizing tendencies on nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 317-330. doi:10.1111/sltb.12069.

Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.

Vliet, K., & Kalnins, G. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(4), 295-31. doi:10.17744/mehc.33.4.j7540338q223t417.

You J, Leung F, Lai CM, Fu K. (2012). The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among Chinese adolescent. *Journal of Personality Disorders*, 26(2): 226-37. doi: 10.1521/pedi.2012.26.2.226.