



UC/FPCE\_2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

### **O Impacto da Auto-aversão na Psicopatologia**

Raquel Nunes Rodrigues Miguéis Guiomar  
(e-mail: raquelguiomar18@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Paula Castilho

“People with BPD are like people with third degree burns over 90% of their bodies. Lacking emotional skin, they feel agony at the slightest touch or movement.”

Marsha M. Linehan

“A mente de um homem expandida por uma nova ideia não consegue nunca voltar às suas dimensões originais.”

Oliver Wendell Holmes

## **Agradecimentos**

“Cada um que passa na nossa vida passa sozinho...  
Porque cada pessoa é única para nós,  
e nenhuma substitui a outra.  
Cada um que passa na nossa vida passa sozinho,  
mas não vai só...  
Levam um pouco de nós e deixa-nos um pouco de si mesmos.  
Há os que levam muito,  
mas não há os que não levam nada.  
Há os que deixam muito,  
mas não há os que não deixam nada.  
Esta é a mais bela realidade da vida...  
A prova tremenda de que cada um é importante  
e que ninguém se aproxima do outro por acaso...”

(Autor desconhecido)

À Professora Doutora Paula Castilho por todas as aprendizagens que me proporcionou, pela orientação, pela força e pela paciência. Sem a Professora, esta tese não seria possível, muito obrigada por ter acreditado em mim e por me ter inspirado ao longo do curso a seguir o caminho que escolhi.

Aos restantes Professores, Investigadores e Colegas que me ajudaram e me aconselharam, muito obrigada pela vossa contribuição.

A todos os que colaboraram com a recolha da amostra e a todos os participantes do estudo, deixo-vos um profundo agradecimento. Uma investigação não se faz no vazio, por isso obrigada por permitirem que esta tese se materializasse.

À minha família, por serem os meus pilares, por fazerem parte de mim, por me acompanharem e apoiarem incondicionalmente, sempre. Obrigada por me ensinarem o significado das palavras amor e segurança.

Às minhas pessoas especiais, com quem partilho o meu mundo e com quem descubro novos mundos. Cada um de vocês torna a minha vida mais colorida e com mais significado. Obrigada pelos momentos que passámos e pelo crescimento que partilhámos. Vocês são a família que eu escolhi, de amizade e de amor.

## **Nota introdutória**

A auto-aversão corresponde ao sentimento de repulsa que atributos físicos, da personalidade ou do comportamento suscitam no próprio (Overton, Markland, Taggart, Bagshaw, & Simpson, 2008). Alguns estudos indicam que a auto-aversão pode desempenhar um papel importante em algumas patologias (salientando-se a perturbação *borderline* da personalidade e as perturbações do comportamento alimentar) (Ille *et al.*, 2014; Rüsç *et al.*, 2011). No entanto, investigações que focam este constructo são escassas, o que consequentemente leva a que pouco se saiba sobre os mecanismos através dos quais a auto-aversão influencia a psicopatologia.

O presente estudo, constituído por dois artigos, teve como objetivo estudar a relação entre a auto-aversão e os traços *borderline* de personalidade e: (1) o autocrítico, os medos da compaixão e o evitamento experiencial (primeiro artigo); e (2) o *mindfulness* e a autocompaixão (segundo artigo).

## Índice

**Artigo I** - A relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline: estudo do efeito mediador dos medos da compaixão e do evitamento experiencial.

Resumo.....	2
Abstract.....	3
Enquadramento conceptual .....	4
Metodologia.....	11
Resultados.....	20
Discussão.....	36
Bibliografia.....	48

**Artigo II** - Estudo do impacto do Mindfulness e da Autocompaixão na relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline.

Resumo.....	58
Abstract.....	59
Enquadramento conceptual .....	60
Metodologia.....	68
Resultados.....	75
Discussão.....	88
Bibliografia.....	96

## **Lista de artigos**

**I.** Guiomar, R., & Castilho, P. (2015). *A relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline: estudo do efeito mediador dos medos da compaixão e do evitamento experiencial.* Manuscript in preparation.

**II.** Guiomar, R. & Castilho, P. (2015). *Estudo do impacto do Mindfulness e da Autocompaixão na relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline.* Manuscript in preparation.

Guiomar, R., & Castilho, P. (2015). *A relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline: estudo do efeito mediador dos medos da compaixão e do evitamento experiencial.*

Manuscript in preparation.

**A relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia *Borderline*: estudo do efeito  
mediador dos medos da compaixão e do evitamento experiencial**

**Autores**

Raquel Guiomar<sup>1\*</sup>

Paula Castilho, Ph.D<sup>1,2</sup>

**Filiação**

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup> Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

\* A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Raquel Nunes R. M. Guiomar

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: raquelguiomar18@gmail.com

## Resumo

A auto-aversão é uma emoção ligada ao sistema de ameaça e corresponde ao sentimento de repulsa que atributos físicos, da personalidade ou do comportamento suscitam no próprio. A literatura parece sugerir que há uma relação entre a auto-aversão, a sintomatologia *borderline* da personalidade, o autocriticismo, o medo da compaixão e o evitamento experiencial. Contudo, a investigação sobre esta emoção é escassa, não estando claro o modo como se relaciona com outros constructos. O objetivo do presente estudo passou pela exploração do impacto da auto-aversão na sintomatologia *borderline* e pela análise da influência dos medos da compaixão, do autocriticismo e do evitamento experiencial nesta relação. Neste estudo utilizámos um protocolo com escalas de autorresposta que mediam as variáveis em estudo, num total de 53 pacientes com patologia da personalidade. Os resultados das análises de correlação evidenciaram as relações hipotetizadas, e os estudos de mediação sugeriram que a auto-aversão tem um impacto na sintomatologia *borderline* através do medo de dar e de receber compaixão dos outros, e do evitamento experiencial.

**Palavras-chave:** auto-aversão; traços *borderline* da personalidade; medos da compaixão; evitamento experiencial; autocriticismo;

### **Abstract**

Self-disgust is an emotion linked to the threat-system and can be conceptualized as the feeling of disgust that one has about his own physical attributes, personality or behaviour. The literature seems to suggest that there is a relationship between self-disgust, borderline personality traits, self-criticism, fear of compassion and experiential avoidance. However, research concerning this emotion is scarce, so it is not clear how these constructs are related. The aim of this study was to explore the impact of self-disgust in borderline personality traits and to analyse the influence of fears compassion, self-criticism and experiential avoidance in this relationship. In the present study we used a protocol with instruments that measured the variables in study, in a total of 53 patients diagnosed with a personality disorder. The results of the correlation analysis showed the hypothesized relationships, and the mediation studies have suggested that self-disgust has an impact on borderline symptomatology through the fear of giving and receiving compassion from others, and experiential avoidance.

**Key-words:** self-disgust; borderline personality traits; fears of compassion; experiential avoidance; self-criticism.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **Os traços *borderline* da personalidade e o processamento da ameaça**

A Perturbação *Borderline* da Personalidade (PBP) é um problema de saúde mental severo, caracterizado por um padrão persistente de instabilidade no funcionamento interpessoal, na identidade e afetos, associado a impulsividade marcada e a comportamentos de risco. Estima-se que a prevalência da PBP na população geral varia entre 1,6% e 5,9%, nos cuidados de saúde primários é cerca de 6%, nos serviços de saúde mental é aproximadamente 10% e 20% nos internamentos de psiquiatria (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005; American Psychiatric Association, 2014). Segundo a Teoria Biossocial de Linehan (1993), a PBP resulta da interação entre uma vulnerabilidade biológica emocional da criança e o seu crescimento num ambiente invalidante. A vulnerabilidade biológica caracteriza-se por três componentes: uma elevada sensibilidade aos estímulos emocionais (limiar baixo de resposta emocional), uma grande intensidade emocional (magnitude elevada da resposta) e um retorno lento à *baseline* (duração prolongada da emoção). Por sua vez, o ambiente invalidante define-se pela existência de pessoas que frequentemente ignoram, desvalorizam ou punem a expressão emocional da criança (Linehan, 1993), sendo também frequente a existência de negligência, abuso, humilhação e crítica por parte destes (Castilho, 2011).

Percebe-se assim que as relações precoces influenciam o desenvolvimento da criança, condicionando a sua visão do mundo, do eu e dos outros (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Schore, 1996). Paralelamente contribuem e influenciam a maturação de sistemas de regulação emocional ligados a substratos fisiológicos, emocionais e motivacionais específicos. Estes sistemas desenvolvem-se consoante os estímulos ambientais presentes. Por exemplo, estímulos agressivos tendem a desencadear respostas de medo e submissão no outro; um pedido de ajuda da criança poderá

desencadear respostas de alerta e de prestação de cuidados no cuidador; enquanto sinais de afeto e carinho de um cuidador, por exemplo, podem acalmar e ativar os sistemas de vinculação e segurança no bebê (Gilbert, 2005).

Dados da psicologia evolucionária e das neurociências da emoção mostraram três sistemas de regulação emocional, que contribuem para a sobrevivência e adaptação da espécie, funcionando de forma interdependente, respondendo cada um a estímulos específicos e, conseqüentemente, garantindo a satisfação de necessidades distintas (Gilbert, 2005; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). O primeiro, evolucionariamente mais antigo, é o sistema de ameaça/defesa que é ativado na presença de ameaças e induz respostas para lidar com estas, permitindo a sobrevivência do organismo. Quando ativado, este sistema induz respostas emocionais como a raiva (leva à luta e agressividade), a ansiedade (permite uma fuga das ameaças), o nojo (cujo intuito é expelir ou evitar algo nocivo ou contagioso) ou a tristeza (possibilita lidar com perdas), que visam a proteção do indivíduo. Deste modo, perante uma ameaça interna ou externa, os traços *borderline* da personalidade traduzem a forma como estes indivíduos lidam e processam a ameaça. Assim, as experiências de invalidação, os medos de abuso/trauma, o criticismo por parte dos outros e a estigmatização geram dificuldades relacionais marcadas, submissão, isolamento social e distanciamento *versus* dependência dos outros. Adicionalmente, é comum e nuclear na patologia *borderline* a presença de níveis expressivos de vergonha interna e externa que bloqueiam a conexão afiliativa com os outros e com o *eu*, reforçando o evitamento, o afeto negativo e o medo da solidão (Castilho, 2011, Linehan, 1993; Linehan et al, 2009).

Em contraste, o sistema de tranquilização e afiliação, permite que se estabeleça uma relação de proximidade e ligação entre o cuidador e o bebê, permitindo a sua tranquilização e regulação (Gilbert, 2005). Este sistema desenvolve-se quando o

cuidador é afetivo, responsivo, sensível, disponível e consegue prestar os cuidados necessários ao bebé. Assim, se uma criança se sentir amada, se for regularmente acalmada e reconfortada, o seu sistema de afiliação e tranquilização irá desenvolver-se e regular eficazmente os outros dois sistemas (Schore, 1994; 1996). Neste contexto, desenvolvem-se respostas e experiências de segurança, afiliação, conforto e compaixão. A compaixão pode ser definida por uma sensibilidade e abertura ao sofrimento, sem o evitar ou julgar, acompanhado por uma motivação para o aliviar (e.g. Neff, 2003; Wispe, 1991).

### **A Auto-aversão**

Dalgleish e Power (2004) sugerem que o nojo pode ser uma emoção central em indivíduos expostos a altos níveis de stress traumático (Silk et al. em 2005 encontraram taxas de 50% de abuso sexual na infância em pacientes com PBP, por exemplo). Os mesmos autores (2008) definiram o nojo dirigido ao próprio indivíduo como auto-aversão. Este constructo está relacionado com o nojo sociomoral e funciona como um mecanismo de regulação tanto da atratividade interpessoal, como da aceitação social (Rozin, Haidt, & McCauley, 2008). Assim, a auto-aversão é acompanhada pelos mesmos processos fisiológicos e comportamentais da aversão (nojo) dirigida para o exterior (Ille et al., 2014). A auto-aversão corresponde ao sentimento de repulsa que atributos físicos, da personalidade ou do comportamento suscitam no próprio (Overton, Markland, Taggart, Bagshaw, & Simpson, 2008). Recentemente, Carreiras e Castilho (2014) sugerem que a auto-aversão é um constructo multidimensional: a ativação defensiva (ativação fisiológica ligada ao Sistema Nervoso Simpático, que envolve taquicardia e vómito, por exemplo), a cognitiva-emocional (pensamentos e sentimentos de repugnância, crítica, desprezo, por exemplo, relativamente ao próprio), a exclusão (corresponde a tentativas de eliminar o que é percecionado como repulsivo no *eu*, bem

como a comportamentos de regulação emocional como por exemplo ingestão de drogas) e a componente de evitamento que corresponde à dissimulação, inibição e tentativas de esconder esses aspetos vistos como repugnantes. No que concerne à natureza da auto-aversão, este estudo permitiu apurar que memórias de ameaça e subordinação na infância tinham um impacto importante na auto-aversão, e que a auto-aversão se apresentou associada a níveis mais elevados de autocrítico, evitamento experiencial, sintomas depressivos e ansiosos e vergonha externa.

Estudos recentes têm sugerido o importante papel da auto-aversão na Perturbação *Borderline* da Personalidade. Rüsç et al. (2011) estudaram o auto-conceito implícito através de uma tarefa experimental de associação de palavras. Segundo estes autores, quanto menor fosse o tempo de latência da resposta, maior era a associação entre as palavras. Deste modo, verificaram que a amostra de indivíduos com PBP tinha mais tendência a associar implicitamente o seu auto-conceito a palavras relacionadas com nojo, e consequentemente a exibir valores mais elevados de auto-aversão do que o grupo de controlo. Ille et al. (2014) estudaram a auto-aversão numa amostra clínica mista e desenvolveram o *Questionnaire for the Assessment of Self-Disgust* (QASD; Ille et al. 2014), uma medida de autorresposta composta por duas subescalas, que avalia a aversão que o próprio sente relativamente à sua aparência física e personalidade (*Personal Disgust*) e ao seu comportamento (*Behavioral Disgust*). Os resultados mostraram que tanto o grupo com Perturbação de Personalidade *Borderline*, como o grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar evidenciaram os níveis mais elevados de auto-aversão dirigida à aparência física e à personalidade. Ainda este estudo, permitiu acrescentar a auto-aversão ao conjunto de emoções aversivas como a raiva, a ansiedade ou a vergonha, por exemplo, que contribuem para a desregulação emocional dos doentes com PBP. Segundo Linehan (1993) as dificuldades na regulação

emocional são centrais na patologia *borderline*. Ao analisar os critérios de diagnóstico, por exemplo, podemos ver que a instabilidade afetiva, a impulsividade e a raiva intensa (ou dificuldades em controlá-la) (American Psychiatric Association, 2014) são comportamentos ilustrativos de PBP e de desregulação emocional. Adicionalmente à desregulação emocional, o facto de existir uma carência de estratégias para lidar com o afeto negativo intenso leva frequentemente à adoção de comportamentos de evitamento experiencial (como por exemplo o autodano, tentativas de suicídio e abuso de substâncias) (Chapman, Dixon-Gordon & Walters, 2011). O evitamento experiencial é definido por uma relutância em permanecer em contacto com experiências internas (por exemplo sensações, pensamentos ou emoções) e esforços para alterar a sua frequência, forma ou contexto (Hayes et al. 1996).

### **O papel do Medo da Compaixão na manutenção da ameaça**

A existência consistente e permanente de maltratos, negligência, ameaças, associada a pouco carinho e cuidado, poderá comprometer o desenvolvimento do sistema de afiliação subestimulando-o, intensificando-se, por consequência, a estimulação do sistema de ameaça, levando assim ao seu fortalecimento (Gilbert, 2005). Alguns autores apontam que nestas condições invalidantes, as próprias tentativas de afiliação e securização por parte dos outros podem gerar ansiedade e desregulação, por ativarem o sistema de ameaça, com o surgir do medo de sentimentos e emoções afiliativos (por exemplo ver Castilho, 2011; Gilbert et al., 2012; Liotti & Gilbert, 2011).

O medo da compaixão pode-se manifestar em três vertentes: o medo de ser compassivo com os outros, o medo de receber compaixão dos outros e o medo de ser autocompassivo. O medo de ser compassivo com os outros pode surgir quando se interpreta a expressão de sofrimento ou um pedido de ajuda como sinal de fraqueza, quando se receia que os outros se irão aproveitar de nós, ou ficar dependentes, ou ainda

quando uma pessoa se sente obrigada a ajudar porque quer que gostem dela, (Mikulincer, Shaver, Gillath, & Nitzberg, 2005). O medo de receber compaixão dos outros pode surgir quando atitudes compassivas ativam memórias em que não se experienciou carinho e proteção de outros significativos quando era necessário, sentindo-se a pessoa ainda mais sozinha, com medo e triste (Gilbert, 2010). Por fim, o medo da autocompaixão pode surgir por se achar que não se merece autocompaixão, que esta é sinal de fraqueza, que vai reduzir os seus padrões de exigência, ou por nunca ter sentido isso (Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003). Estudos recentes têm salientado o impacto que os medos afiliativos podem ter na psicopatologia. Mais especificamente, encontraram uma associação entre o medo de receber compaixão (dos outros e do *eu*) com o autocrítico, a depressão, a ansiedade e o stress (Gilbert, McEwan, Chotai, et al., 2011; Gilbert, McEwan, Matos, et al., 2011). Outros estudos (como por exemplo Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008; Gilbert, 2010; Longe et al., 2010) encontraram associações entre a dificuldade de indivíduos serem autocompassivos (por sentirem as suas próprias tentativas de autocompaixão como ameaçadoras) e níveis elevados de autocrítico.

### **O Autocrítico**

A vivência de relações interpessoais disfuncionais durante o crescimento não influencia só os padrões relacionais com os outros, mas também a relação interna com o *eu*, através da internalização dessa hostilidade e agressividade do padrão relacional (autocrítico) (e.g. Western, 1994; Castilho, 2011; Gilbert, 2005). Gilbert (2000) define o autocrítico como uma forma de autocondenação e autoavaliação focada nas falhas, inadequações e defeitos do próprio, em que uma parte do *eu* acusa, condena, ou eventualmente se detesta e a outra parte se submete e se sente vencida. Extensa evidência empírica tem mostrado que o autocrítico constitui um marcador de

psicopatologia em várias patologias clínicas, como a depressão, a ansiedade social e as perturbações da personalidade (Radden, 2000; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982, Zuroff, Moskowitz, & Cote, 1999; Teasdale & Cox, 2001; Blatt & Zuroff, 1992; Strong, 1998; citados por Gilbert et al., 2004).

Alguns autores sugerem que o autocrítico pode ter um papel importante nos comportamentos de autodano (destruição intencional de tecido corporal sem intenção suicida, Nock e Favazza, 2009) frequentemente presentes em doentes com PBP. Hamza, Willoughby e Armientov (2014) fizeram um estudo em que compararam o limiar de tolerância de dor de dois grupos de indivíduos com comportamentos de autodano com e sem motivações de auto-punição. Os indivíduos do grupo cuja motivação era de auto-punição toleraram a dor durante mais tempo e avaliaram-na como menos aversiva que o grupo sem a motivação de auto-punição. Noutro estudo, Hooley e Germain (2013) compararam grupos de pessoas com comportamentos de autodano em três condições diferentes: (1) a condição de autovalorização (os indivíduos eram sujeitos a uma intervenção cognitiva breve que os encorajava a pensar nas suas características positivas, descrevendo uma situação específica em que se teriam comportado de acordo com uma dessas características); (2) a condição de humor positivo (ouviam música que induzia um estado de humor positivo); (3) condição neutra (os participantes liam um texto sobre o Equador). Os autores verificaram que o grupo sujeito à intervenção cognitiva teve uma redução no tempo de tolerância de dor e menos vontade de suportar a dor, comparativamente às restantes condições.

Partindo daqui, é possível constatar que parece existir uma relação entre a sintomatologia *borderline* da personalidade e a auto-aversão, o autocrítico, o medo

da compaixão e o evitamento experiencial. Contudo, a investigação é escassa, não estando claro o modo como se relacionam.

O presente estudo pretende explorar a relação entre a auto-aversão, os medos da compaixão, o autocriticismo, o evitamento experiencial e a psicopatologia *borderline* da personalidade, numa amostra clínica de indivíduos com patologia da personalidade. Hipotetizou-se que indivíduos que sentem mais auto-aversão, ou seja mais focados em pensamentos e sentimentos hostis e de aversão (nojo) sobre partes de si vistas como repugnantes e com comportamentos que visam esconder ou evitar esses aspetos do *eu*, revelariam mais medo da compaixão, mais autocriticismo e mais evitamento experiencial. Espera-se que níveis mais elevados de auto-aversão associados ao medo de receber e dar compaixão, a sentimentos de inadequação, inferioridade e vontade de magoar ou punir o próprio e a uma maior resistência em estar em contacto com eventos internos, levariam a níveis mais elevados de sintomatologia *borderline*, ou seja, mais instabilidade afetiva, desregulação das relações sociais, impulsividade, sentimentos de vazio, medo do abandono, raiva intensa e sintomas quasi-psicóticos. Com base nas hipóteses delineadas acima, propusemo-nos testar o efeito mediador dos medos da compaixão e do evitamento experiencial na relação entre a auto-aversão e a sintomatologia *borderline* personalidade. Dito de outra forma, espera-se que os medos da compaixão e o evitamento experiencial medeiam a associação entre a auto-aversão e os traços *borderline* de personalidade.

## **II - Metodologia**

### **2.1 Amostra**

No sentido de atingir os objetivos propostos foi constituída uma amostra clínica com psicopatologia da personalidade como diagnóstico principal, recolhida entre dezembro de 2014 e julho de 2015. Neste estudo, optámos por recolher uma amostra

clínica com várias Perturbações da Personalidade, por existir elevada comorbilidade entre perturbações da personalidade dentro do mesmo cluster e entre clusters diferentes (Beuchaine et al., 2009; Zimmerman et al., 2005; Joffe & Regan, 1988; Pfohl, Coryell, Zimmermann, & Stanhl, 1986). Por exemplo, um estudo de Fossati et al. (2000) verificou que num grupo de pacientes com Perturbação da Personalidade, mais de 50% dos participantes preenchiam critérios para múltiplas Perturbações da Personalidade.

A amostra final ficou composta por 53 pacientes com perturbação da personalidade, em que 47.2% preenchiam critérios para Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade (n= 25), 34% tinham Perturbação *Borderline* da Personalidade (n= 18), 9.4% Perturbação Evitante da Personalidade (n= 5), 5.7% Perturbação Dependente da Personalidade (3) e 3.8% Perturbação Histriónica da Personalidade (n= 2). No que concerne à comorbilidade, 77.4% da amostra apresentava apenas o diagnóstico para perturbação da personalidade, 13.2% (n= 7) preenchiam também critérios para Perturbação Depressiva Major, 7.5% (n= 4) para Fobia Social e 1.9 (n= 1) para Perturbação do Comportamento Alimentar. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam preenchimento correto das escalas; (f) escolaridade inferior ao 4º ano; (g) presença de doença psicótica ou bipolar; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental. A média das idades dos participantes era de 33.47 anos (DP = 10.22), com idades que variavam entre os 18 e os 55 anos e a média dos anos de escolaridade era 14.45 (DP = 3.08), sendo o mínimo 6 e o máximo 21 anos. A maioria dos participantes eram solteiros (58.5%), de estatuto socioeconómico médio (75,5%) a residir na zona centro de Portugal Continental (88.7%).

Dezassete participantes eram do sexo masculino (32.08%), com uma média de idades de 34.41 anos (DP = 10.86) e trinta e seis eram do sexo feminino (67.93%), com uma idade média de 32.08 anos (DP = 9.75). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas variáveis sociodemográficas: idade, anos de escolaridade, estado civil, nível socioeconómico e região de residência. A Tabela 1. apresenta as características sociodemográficas dos doentes participantes no presente estudo.

**Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (N=53)**

	Masculino (n=17)		Feminino (n=36)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>Idade</b>	36.41	10.86	32.08	9.75	1.46	.152
<b>Anos de Escolaridade</b>	14.29	3.06	14.53	3.13	-.26	.798
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Estado Civil</b>					.62	.891
Solteiro(a)	10	18.9	21	39.6		
Casado(a)	5	9.4	11	20.8		
União de Facto	-	-	1	1.9		
Viúvo(a)	-	-	-	-		
Divorciado(a)	2	3.7	3	5.7		
<b>Nível Socioeconómico</b>					.33	.847
Baixo	2	3.8	6	11.3		
Médio	13	24.5	27	50.9		
<b>Região de Residência</b>					3.07	.216
Norte	2		1			
Centro	15		32			
Sul	-		3			

## 2.2. Instrumentos de medida

**2.2.1. Escala Multidimensional da Auto-aversão** (MSDS; Castilho, Pinto-Gouveia & Carreiras, 2014), medida de autorrelato que visa avaliar a emoção de aversão dirigida ao *eu* nos seus vários componentes. A escala é constituída por 32 itens e está organizada em quatro subescalas: *cognitivo-emocional* (pensamentos e emoções que refletem a relação hostil e agressiva com o próprio; com 10 itens, ex. “Sinto-me profundamente desgostoso devido a esses aspetos de mim.”), *ativação defensiva* (componente

fisiológica inerente à emoção de auto-aversão; com 14 itens, ex. “Fico com uma sensação estranha no estômago.”), *evitamento* (comportamentos que visam esconder ou evitar aspetos do *eu* percebidos como repugnantes; com 4 itens, ex. “Disfarço/dissimulo esses aspetos de mim pelos quais tenho aversão.”) e *exclusão* (comportamentos que visam eliminar aspetos do próprio considerados repulsivos; com 4 itens, ex. “Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essa parte de mim mesmo(a).”). A escala de resposta é tipo *Likert* de cinco pontos (de 0 “Nunca” a 4 “Sempre”), onde pontuações mais elevadas representam níveis mais elevados de auto-aversão.

No estudo original, as subescalas *ativação defensiva* e *cognitivo-emocional* apresentaram coeficientes de consistência interna excelentes ( $\alpha = .95$ ;  $\alpha = .97$ , respetivamente), a subescala *evitamento* evidenciou uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ) e a subescala *exclusão* uma consistência interna aceitável ( $\alpha = .77$ ) (Castilho, Pinto-Gouveia & Carreiras, 2014). No presente estudo, obtivemos um alfa de cronbach de .95 para a subescala *cognitivo-emocional*, .94 para a *ativação defensiva*, .80 para a *evitamento* e .55 para a *exclusão*.

**2.2.2. Questionário de Personalidade *Borderline*** (BPQ; Poreh et al., 2006; Pinto Gouveia, J. & Duarte, D., 2007), este instrumento de autorresposta pretende avaliar os traços da Perturbação *Borderline* da Personalidade, tendo como base os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 2004). É composto por 80 itens, com uma escala de resposta dicotómica (0=“Não”; 1 =“Sim”) e divide-se em nove subescalas: *impulsividade* (9 itens, ex. “Faço frequentemente coisas sem pensar bem nelas”), *instabilidade afetiva* (10 itens, ex. “O meu humor alterna frequentemente ao longo do dia entre felicidade, raiva, ansiedade e depressão.”), *abandono* (10 itens, ex. “As pessoas que eu amo deixam-me frequentemente.”), *relações interpessoais* (8 itens, ex. “As pessoas falham comigo muitas vezes.”), *auto-imagem* (9 itens, ex. “Eu sinto que as

outras pessoas não iriam gostar de mim se me conhecessem realmente bem.”), *suicídio/automutilação* (7 itens, ex. “Já me cortei de propósito.”), *vazio* (10 itens, ex. “Sinto-me muitas vezes vazio por dentro”), *raiva intensa* (10 itens, ex. “Os outros dizem que sou de ferver em pouca água.”) e *estados quasi-psicóticos* (7 itens, ex. “Por vezes sinto que não sou real.”). A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, além de que a medida permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações elevadas sinalizam a presença de perturbação *borderline* da personalidade. No estudo da versão original a medida apresentou uma elevada consistência interna para o total e razoável para a maioria das suas subescalas (Poreh et al., 2006). No presente estudo, o valor total da escala apresentou um alfa de cronbach de .95.

**2.2.3. Questionário de Aceitação e Ação (AAQ II;** Bond et al., 2011; Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012), é uma escala de autorresposta de 7 itens que avalia o evitamento experiencial, entendido como uma relutância ou dificuldade em permanecer em contacto com experiências internas negativas, ou como uma tentativa deliberada de as modificar, controlar ou suprimir. Apresenta uma estrutura fatorial unidimensional, com a escala de resposta tipo *Likert* de sete pontos (desde 1 “Nunca verdadeiro” até 7 “Sempre verdadeiro”), onde pontuações mais elevadas apontam para níveis superiores de evitamento experiencial ou inflexibilidade psicológica. O estudo da versão original evidenciou uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ) (Bond et al., 2011), na aferição portuguesa obtiveram um alfa de cronbach de .90 (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012) e no presente estudo o alfa foi de .93.

**2.2.4. Escala do Medo da Compaixão (FCS;** Gilbert et al. 2010; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011), este instrumento de autorresposta tem como objetivo medir o medo de fornecer e de receber sentimentos de compaixão. Assim, é constituído por três

escalas, a primeira pretende medir o medo de ter sentimentos de compaixão pelos outros (com 10 itens, ex. “As pessoas vão aproveitar-se de mim se me virem como demasiado compassivo.”), a segunda é relativa ao medo de receber sentimentos de compaixão por parte dos outros (com 13 itens, ex. “Fico algo assustado com sentimentos de amabilidade por parte dos outros.”) e a terceira ao medo de desenvolver sentimentos de compaixão pelo *eu* (com ex. “Temo que, se me tornar mais amável e menos crítico comigo, os meus padrões de exigência diminuam.”). A escala de resposta é de tipo *Likert* de 5 pontos (de 0 “Discordo Totalmente” a 4 “Concordo Totalmente”), em que pontuações mais elevadas são representativas de maior medo de desenvolver sentimentos de compaixão pelos outros, pelo *eu* ou de receber sentimentos de compaixão por parte dos outros. No estudo das propriedades psicométricas da versão original (Gilbert et al. 2010), as três escalas apresentaram bons índices de consistência interna (.84, .85 e .92 para a escala do medo de ser compassivo em relação aos outros, medo de receber compaixão por parte dos outros e medo da compaixão pelo *eu*, respetivamente). A versão portuguesa obteve bons valores de consistência interna para as subescalas da FCS ( $\alpha = .88$  para a FCS em relação aos outros,  $\alpha = .91$  para a FCS por parte dos outros e  $\alpha = .94$  para a FCS para consigo mesmo; Simões, 2012). No presente estudo os valores de consistência interna obtidos foram .92 (FCS pelos outros), .92 (FCS receber dos outros) e .93 (FCS pelo eu).

**2.2.5. Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização (FSCRS;** Gilbert et al., 2004; Castilho & Pinto-Gouveia, 2005), esta medida avalia os pensamentos e sentimentos negativos e autocríticos que surgem quando as coisas correm mal ou não estão a funcionar como gostaríamos, ou em contraste, como se auto-tranquilizam nas mesmas situações. A escala, com 22 itens, é constituída por três fatores, o primeiro, *eu inadequado* é relativo à sensação de inadequação que surge

perante fracassos (9 itens, ex. “Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado(a).”), o *eu tranquilizador* refere-se a uma atitude compassiva e calorosa para o *eu* (8 itens, ex. “Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.”) e o *eu detestado* avalia a vontade de magoar ou punir o próprio (5 itens, ex. “Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo(a).”). Cada item é cotado de 0 a 4 (“Não sou assim” a “Sou extremamente assim”) e a escala pode ser interpretada por cada fator ou pelo total de autocriticismo (que se obtém pela conjunção das subescalas *eu inadequado* e *eu detestado*). Quanto à consistência interna, no estudo da versão original obtiveram alfas de cronbach entre .86 e .90 (Gilbert et al., 2004); na versão portuguesa os alfas foram .89 para o *eu inadequado*, .87 para o *eu tranquilizador* e .62 para o *eu detestado* (Castilho & Pinto-Gouveia, 2005). No presente estudo os alfas obtidos foram: .92 (total de autocriticismo), .88 (*eu inadequado*), .84 (*eu tranquilizador*) e .89 (*eu detestado*).

### **2.3. Procedimento**

A recolha da amostra decorreu entre Dezembro de 2014 a Julho de 2015, contando com a colaboração de Psicólogos e Psiquiatras experientes e responsáveis clinicamente pelos doentes sinalizados. Previamente à administração do protocolo foi explicado aos terapeutas o objetivo da investigação, assim como os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Considerámos como critérios de inclusão (1) estarem preenchidos critérios para Perturbação da Personalidade (segundo o DSM 5); (2) terem idade superior a 18 e inferior a 65 anos; (3) terem nacionalidade portuguesa. Por outro lado, foram considerados os seguintes critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam preenchimento correto das escalas; (f) escolaridade

inferior ao 4º ano; (g) presença de doença psicótica ou bipolar; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental.

Relativamente à administração dos protocolos de autorresposta, esta decorreu depois de se explicitar aos doentes que a participação era voluntária e confidencial, de se clarificar a natureza e os objetivos da investigação, e de se obter o seu consentimento informado. O protocolo de avaliação era composto por uma folha de rosto com a informação supramencionada, uma página para a recolha dos dados sociodemográficos do participante, e os questionários relativos às medidas de autorresposta em estudo. Na maioria dos casos o protocolo era fornecido ao paciente, que procedia ao seu preenchimento em casa, devolvendo-o, posteriormente, ao terapeuta ou aos autores desta investigação, garantindo sempre o anonimato do participante.

#### **2.4. Estratégia analítica**

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *software* IBM SPSS Statistics 22.0 (SPSS IBM; Chicago, IL) e com o *software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 22.0; SPSS IBM, Chicado, IL). O estudo teve um desenho transversal. Para testar as diferenças de género relativamente às médias das variáveis em estudo recorreu-se ao teste *t* de *Student* para amostras independentes.

Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Marôco, 2010). Os pressupostos do teste foram analisados relativamente à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias. Assim, a homogeneidade das variâncias nos dois grupos foi analisada através do teste de Levene. Com o intuito de avaliar a consistência interna das escalas utilizadas, recorreremos ao cálculo dos alfas de cronbach das mesmas.

Posteriormente foram realizadas matrizes de correlação de Pearson para explorar as relações entre as variáveis. Utilizámos os critérios de Pestana e Gageiro (2005) para

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

Realizaram-se também modelos de regressão múltipla simples e hierárquica para testar a contribuição da auto-aversão, das formas do autocrítico e autotranquilização, do medo da compaixão e do evitamento experiencial (variáveis independentes) na explicação da sintomatologia *borderline* (variável dependente).

Por fim, optou-se por testar o efeito de mediação usando o modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*) com vista a estudar as relações estruturais (efeitos diretos e indiretos) entre variáveis manifestas (exógenas e endógenas). Os resultados obtidos com as análises precedentes levaram-nos a fazer dois modelos de mediação. O primeiro visava explorar o papel mediador dos medos da compaixão (receber compaixão dos outros e ser compassivo com os outros) na relação entre a auto-aversão (componente *cognitivo-emocional*) e a sintomatologia *borderline*. O segundo propôs-se a analisar o papel mediador do evitamento experiencial na relação entre a auto-aversão (componente *cognitivo-emocional*) e a sintomatologia *borderline*. A estimativa bootstrapped do efeito indireto baseou-se na iteração de 2000 amostras, sendo que o valor boot não nos confirma a presença (ou não) de um efeito de mediação, somente o respetivo I.C. 95%, e se os ICs não conterem zero, estamos na presença de um efeito de mediação. Nos diagramas de trajetórias propostos a auto-aversão foi considerada uma variável exógena independente; os medos da compaixão e o evitamento experiencial variáveis endógenas mediadoras e os sintomas *borderline* considerados variáveis endógenas dependentes.

### III - Resultados

#### 3.1 Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis em estudo foi analisada através do Teste de Kolmogorov- Smirnov, assim como o enviesamento em relação à média através dos valores de assimetria e de achatamento. As variáveis em estudo não têm uma distribuição normal e os valores de assimetria e de achatamento não evidenciaram graves enviesamentos (valores de skewness entre  $-.727$  e  $1.485$ ; valores de kurtosis entre  $-1.100$  e  $2.177$ ) ( $Sk < |3|$  e de  $Ku < |10|$ ; Kline, 2011). A análise da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis) possibilitou que se detetasse a existência de alguns valores extremos. No entanto, decidiu-se pela manutenção desses valores na análise por se considerar de possível interesse para o fenómeno em estudo. As análises de regressão linear simples e hierárquicas ou por blocos foram validadas tendo em conta os seguintes pressupostos: normalidade (através do teste K-S e dos valores de Skewness e de Kurtosis), homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de Durbin-Watson). As variáveis não se revelaram multicolineares ( $VIF < 5$ ). A presença de multicolinearidade entre as variáveis foi analisada mediante o cálculo dos VIF.

O cálculo dos alfas de cronbach permitiu observar que todas as escalas mostraram níveis de consistência interna de bons a muito bons (coeficientes entre  $.80$  e  $.96$ ), exceto a subescala *exclusão* da Escala Multidimensional da Auto-aversão, que apresentou um alfa de  $.55$ .

#### 3.2 Estatística descritiva

Recorreu-se ao método paramétrico *t*-Student para testar as diferenças de género relativamente às médias nas variáveis em estudo. Pela análise da Tabela 2., os dados obtidos mostraram diferenças significativas entre os grupos na *auto-aversão*, na sua

componente *cognitivo-emocional* e *ativação defensiva*, em que o género feminino obteve pontuações médias mais elevadas (com um tamanho do efeito da diferença pequeno). Adicionalmente, no autocriticismo e na autotranquilização também se encontraram diferenças significativas entre os géneros. Uma análise mais detalhada (c.f., tabela 2) permite verificar que as mulheres apresentaram pontuações médias mais elevadas no *eu inadequado* e *eu detestado* (tamanho do efeito da diferença pequeno) e os homens valores médios mais elevados no *eu tranquilizador* (tamanho do efeito da diferença médio). Face às diferenças de género estatisticamente significativas, procedeu-se a análise de regressão hierárquica múltipla com o objetivo de controlar estatisticamente o efeito do género, em que se colocou a variável género no primeiro passo da equação da regressão. Em todas as análises de regressão efetuadas, o género não se revelou um preditor significativo, pelo que se realizaram as restantes análises estatísticas na totalidade da amostra.

**Tabela 2. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N= 53) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de *d* Cohen**

	Total (N=53)		Masculino (n=17)		Feminino (n=36)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Auto-aversão (MSDS)</b>									
Cognitivo-Emocional	17.36	11.73	11.18	9.08	20.28	11.80	-2.81	.007	-.86
Ativação Defensiva	19.89	13.22	15.41	8.75	22.00	14.51	-2.05	.046	-.55
Evitamento	8.15	3.98	7.29	3.67	8.56	4.10	-1.08	.286	
Exclusão	2.36	2.79	2.29	2.39	2.39	2.99	-.11	.909	
<b>Formas de Autocriticismo</b>									
Eu Inadequado (FSCRS)	23.62	8.11	19.88	7.96	23.43	7.65	-2.42	.019	-.45
Eu Detestado (FSCRS)	7.79	5.92	4.43	1.07	6.22	1.05	-2.20	.033	-1.69
Eu Tranquilizador (FSCRS)	13.88	6.18	16.29	5.62	12.71	6.17	2.02	.049	.61
<b>Evitamento Experiencial</b>									
AAQ	34.74	10.27	33.47	11.18	35.33	9.93	-.61	.543	
<b>Medo da Compaixão</b>									
Pelos Outros (FCS)	23.23	10.56	24.94	8.60	22.42	11.40	.90	.376	
Receber dos Outros (FCS)	25.02	12.19	24.47	8.37	25.28	13.74	-.22	.825	
Pelo Eu (FCS)	24.16	14.86	23.65	12.35	24.42	16.07	-.17	.862	
<b>Sintomatologia <i>Borderline</i></b>									
BPQ (total)	35.79	16.01	34.24	17.47	35.53	15.49	-.48	.631	

*Nota.* MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; AAQ = Questionário da Aceitação e Ação; FCS = Escala do Medo da Compaixão; BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*.

### 3.3 Análises de correlação

Para se estudar a associação entre a sintomatologia *borderline*, a auto-aversão, o autocrítico, o evitamento experiencial e os medos da compaixão realizaram-se análises de correlação para explorar a grandeza das associações entre as variáveis supramencionadas (cf. tabela 3)

#### **Sintomatologia *Borderline*, Auto-aversão e Autocrítico**

Os traços *borderline* de personalidade (BPQ) e os componentes da auto-aversão (MSDS) correlacionam-se de forma significativa ( $p \leq .01$ ), e no sentido esperado da associação. Mais especificamente, os coeficientes obtidos entre a sintomatologia *borderline* e as componentes *ativação defensiva*, *evitamento* e *exclusão* da auto-aversão são moderados. Relativamente à componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão a correlação com a sintomatologia *borderline* é moderada e positiva. Estes dados sugerem que níveis elevados de sintomatologia *borderline* estão associados a níveis elevados de auto-aversão.

Por último, e no que concerne à relação entre os traços *borderline* de personalidade (BPQ) e o autocrítico e autotranquilização (FSCRS), esta mostrou-se positiva e significativa com as formas *eu inadequado* e *eu detestado*, e negativa com o *eu tranquilizador*, indicando que valores elevados de sintomatologia *borderline* correspondem a mais autocrítico. Por contraste, níveis mais elevados de sintomatologia *borderline* estão associados a menos autotranquilização.

**Tabela 3. Matrizes de correlação de *Pearson* entre a sintomatologia *borderline* (BPQ), a auto-aversão (MSDS), o autocrítico (FSCRS), o evitamento experiencial (AAQ) e os medos da compaixão (FCS).**

Variáveis	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	.72**	.59**	.60**	.59**	.60**	.69**	-.57**	.76**	.67**	.76**	.70**
2. Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)		.70**	.72**	.60**	.74**	.84**	-.60**	.63**	.46**	.62**	.64**
3. Auto-aversão (MSDS; Ativação Defensiva)			.60**	.62**	.43**	.66**	-.30*	.54**	.47**	.48**	.55**
4. Auto-aversão (MSDS; Evitamento)				.50**	.57**	.64**	-.47**	.50**	.59**	.62**	.68**
5. Auto-aversão (MSDS; Exclusão)					.36**	.62**	-.35*	.46**	.51**	.59**	.65**
6. Eu Inadequado (FSCRS)						.70**	-.63**	.61**	.35*	.50**	.45**
7. Eu Detestado (FSCRS)							-.63**	.60**	.41**	.63**	.59**
8. Eu Tranquilizador (FSCRS)								-.57**	-.25	-.43**	-.33*
9. AAQ									.55**	.65**	.53**
10. Medos da Compaixão (FCS; Pelos Outros)										.72**	.74**
11. Medos da Compaixão (FCS; Receber dos Outros)											.74**
12. Medos da Compaixão (FCS; Pelo Eu)											

**Nota.** \*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$ . BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FSCRS = Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização; AAQ = Questionário da Aceitação e Ação; FCS = Escala dos Medos da Compaixão;

### **Sintomatologia *Borderline*, Evitamento experiencial e Medos da compaixão**

O coeficiente de correlação obtido entre a sintomatologia *borderline* (BPQ) e o evitamento experiencial (AAQ) revelou-se significativo ( $p \leq .01$ ), positivo e de magnitude elevada, o que sugere que níveis elevados de sintomatologia *borderline* estão associados a níveis elevados de evitamento experiencial. A força e o sentido da relação linear entre a sintomatologia *borderline* (BPQ) e os medos da compaixão foram os esperados (cf. Tabela 3). Ou seja, a análise dos resultados mostrou associações positivas e moderadas com o medo de ser compassivo com os outros, e correlações elevadas e positivas com medo de receber compaixão dos outros e de ser autocompassivo, respetivamente. Isto indica que níveis elevados de sintomatologia *borderline* estão associados com os medos da compaixão (FCS), de forma mais expressiva com o medo de receber compaixão e da autocompaixão.

### **Auto-aversão, Autocriticismo, Evitamento experiencial e Medos da compaixão**

A componente *cognitivo-emocional* (MSDS) correlaciona-se de forma significativa ( $p \leq .01$ ), elevada e positiva com as subescalas *eu inadequado* e *eu detestado* (FSCRS), indicando que pontuações elevadas nesta componente da auto-aversão se associam a valores elevados de autocriticismo. Em relação ao *eu tranquilizador* (FSCRS) a correlação obtida revelou-se estatisticamente significativa, negativa e de magnitude moderada com a componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão (MSDS), e que indica que níveis elevados de cognições e sentimentos de auto-aversão estão relacionados com níveis mais baixos de autotranquilização. Por sua vez, as componentes *ativação defensiva* e *evitamento* da auto-aversão (MSDS) estão correlacionadas significativamente ( $p \leq .01$ ) com as subescalas *eu inadequado* e *eu*

*detestado* (FSCRS) de forma moderada e positiva. Relativamente ao *eu tranquilizador* (FSCRS), a *ativação defensiva* correlacionou-se de forma significativa ( $p \leq .05$ ) no sentido negativo e com uma magnitude baixa e, por fim, o evitamento mostrou-se correlacionado de forma moderada, negativa ( $p \leq .01$ ), como esperado. Já a componente *exclusão* (MSDS) mostrou-se significativamente associada com o autocrítico e autotranquilização (FSCRS). Especificamente, o coeficiente de correlação obtido entre o comportamento de exclusão (MSDS) e o *eu detestado* é de magnitude moderada e positiva, e com o *eu inadequado* é baixo e positivo. Com o *eu tranquilizador* (FSCRS) a magnitude de correlação encontrada revelou-se baixa e negativa. De uma forma geral, níveis elevados de auto-aversão (nas quatro componentes) estão relacionados com níveis mais elevados de autocrítico (*eu inadequado* e *eu detestado*) e mais baixos de autotranquilização.

A associação entre os quatro componentes da auto-aversão (MSDS) e o evitamento experiencial (AAQII) mostrou-se moderada e significativa ( $p \leq .01$ ), e no sentido positivo o que aponta para níveis elevados de auto-aversão a corresponderem a mais evitamento experiencial.

Como se pode ler na tabela 3 todas as componentes da auto-aversão (MSDS) mostraram-se correlacionadas de forma significativa ( $p \leq .01$ ), moderada e positiva com os medos da compaixão (FCS), o que indica que níveis elevados de auto-aversão se associam a níveis elevados de medo da compaixão (nas suas dimensões, respetivamente).

### **Autocrítico, Evitamento experiencial e Medos da compaixão**

Os resultados obtidos mostraram (cf., tabela 3) que o *eu inadequado* e o *eu detestado* (FSCRS) apresentam associações significativas moderadas e positivas com o

evitamento experiencial (AAQ). O mesmo padrão de resultados é encontrado para o *eu tranquilizador*, no sentido esperado e com uma magnitude de correlação moderada. Estes resultados apontam para uma associação direta entre o autocrítico e o evitamento experiencial, ou seja, valores altos de um, associam-se a valores elevados do outro.

A subescala *eu detestado* (FSCRS) apresenta um coeficiente de correlação significativo ( $p \leq .01$ ) positivo e com uma magnitude moderada com todas as facetas da escala do medo da compaixão (FCS). A subescala *eu inadequado* (FSCRS) correlaciona-se de forma moderada positiva e significativa ( $p \leq .01$ ) com o medo ser compassivo com os outros e com o medo de receber compaixão dos outros. Estes dados apontam que níveis elevados de autocrítico se associam a níveis também elevados de medo da compaixão. Quanto ao *eu tranquilizador* (FSCRS), este apresenta: (1) um coeficiente de correlação moderado e negativo com o medo de receber compaixão dos outros ( $p \leq .01$ ); (2) um coeficiente de correlação baixo e negativo com o medo da autocompaixão ( $p \leq .05$ ); e (3) a correlação com o medo de ser compassivo com os outros não se mostrou significativa. Estes dados sugerem que níveis reduzidos de autotranquilização se associam a moderadamente ao medo de receber compaixão dos outros e do próprio.

A correlação entre o evitamento experiencial e o medo da compaixão é significativa, positiva e com uma magnitude moderada ( $p \leq .01$ ), o que sugere que níveis elevados de evitamento experiencial (AAQ) se associam a níveis elevados de medo da compaixão (FCS).

### 3.4 Contribuição relativa da auto-aversão para a predição da sintomatologia *Borderline*

Para explorar a contribuição relativa da auto-aversão para a explicação da sintomatologia *borderline* optou-se pela análise de uma regressão linear múltipla, com seleção das variáveis pelo método standard. A tabela 4 apresenta o sumário do modelo de regressão utilizado e permite observar que as variáveis predictoras produziram um modelo significativo,  $F_{(4,48)} = 15.58$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .53$ , na predição da sintomatologia *borderline*. Uma análise mais detalhada permite verificar que a componente *cognitiva-emocional* da emoção de auto-aversão se mostrou o único preditor significativo ( $\beta = .45$ ;  $p = .008$ ) contribuindo para que o modelo explicasse 53% da variância da variável dependente.

**Tabela 4. Modelo de regressão múltipla para a auto-aversão (variável independente) sobre a sintomatologia *Borderline* (variável dependente) (N=53).**

	$\beta$	$t$	R	$R^2$	$R^2$ Ajustado	$F$	$p$
<b>Modelo global</b>			<b>.75</b>	<b>.57</b>	<b>.53</b>	<b>15.58</b>	<b>.000</b>
<b>Preditores</b>							
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.45	2.76					.008
Auto-aversão (MSDS; Ativação Defensiva)	.09	.61					.542
Auto-aversão (MSDS; Evitamento)	.12	.89					.380
Auto-aversão (MSDS; Exclusão)	.20	1.59					.119

*Nota.* MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão;

### 3.5 Contribuição relativa da auto-aversão, do autocrítico e dos medos da compaixão para a predição da sintomatologia *Borderline*

Com o intuito de explorar a contribuição relativa da auto-aversão, do autocrítico e dos medos da compaixão para a explicação da sintomatologia *borderline* efetuou-se uma análise de uma regressão múltipla hierárquica ou por blocos, cujo resumo pode ser consultado na tabela 5.

No modelo 1 selecionou-se a única componente da auto-aversão que se mostrou significativa na análise anterior (cf. tabela 4.) para preditor da VD ( $\beta = .72$ ;  $p \leq .001$ ;  $F_{(1,50)} = 53.05$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .51$ ). No modelo 2 introduziram-se na equação de regressão o autocriticismo no seu formato de inadequação (*eu inadequado*) e de perseguição de autodesprezo pelo *eu* (*eu detestado*), em que o modelo obtido se mostrou significativo ( $F_{(3,48)} = 19.37$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .52$ ): Especificamente, o único preditor significativo que explica 52 % da variância da variável dependente são as cognições e sentimentos de auto-aversão ( $\beta = .41$ ;  $p = .041$ ).

Por último, no modelo 3, também ele significativo e a predizer no seu conjunto 70% da VD ( $F_{(1,50)} = 53.05$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .70$ ), constata-se que o medo de ser compassivo em relação aos outros ( $\beta = .28$ ;  $p = .029$ ) e o medo de receber compaixão dos outros ( $\beta = .29$ ;  $p = .033$ ) apresentam uma significativa e independente contribuição para a explicação da variância única da sintomatologia *borderline*.

**Tabela 5. Modelo de regressão hierárquica múltipla para a auto-aversão (MSDS), o autocriticismo (FSCRS) e os medos da compaixão (FCS) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia *Borderline* (BPQ; variável dependente) (N=53).**

Preditores	$\beta$	$t$	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	p
<b>Modelo 1</b>			.72	.52	.51	53.05	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.72	7.28					.000
<b>Modelo 2</b>			.74	.55	.52	19.37	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.41	2.10					.041
Eu Inadequado (FSCRS)	.28	1.52					.135
Eu Detestado (FSCRS)	.11	.73					.468
<b>Modelo 3</b>			.86	.73	.70	20.33	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.22	1.37					.177
Eu Inadequado (FSCRS)	.13	.88					.381
Eu Detestado (FSCRS)	.10	.83					.412
Medos da Compaixão (FCS; Pelos Outros)	.28	2.26					.029
Medos da Compaixão (FCS; Receber dos Outros)	.29	2.20					.033
Medos da Compaixão (FCS; Pelo Eu)	.01	.03					.974

**Nota.** BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; FCS = Escala dos Medos da Compaixão;

### 3.6 Contribuição relativa da auto-aversão, dos medos da compaixão e do evitamento experiencial para a predição da sintomatologia *Borderline*

Para explorar a contribuição relativa do evitamento experiencial (processo transdiagnóstico nuclear na manutenção da psicopatologia), da auto-aversão e dos medos da compaixão (preditores estatisticamente significativos das análises de regressão prévias, cf. tabela 4. e 5.) para a explicação da sintomatologia *borderline* recorreremos ao mesmo procedimento estatístico, uma análise de regressão múltipla hierárquica. Assim, o modelo três (cf. tabela 6.) mostrou-se significativo e a contribuir 73% para a predição da VD ( $F_{(5,47)} = 28.72$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .73$ ). Numa análise mais detalhada do modelo é visível que apenas a componente cognitivo-emocional da auto-aversão e o evitamento experiencial surgiram como preditores significativos da sintomatologia *borderline* ( $\beta = .26$ ;  $p = .022$ ;  $\beta = .32$ ;  $p = .004$ , respetivamente), com o evitamento experiencial a apresentar um valor de beta estandardizado mais expressivo.

**Tabela 6. Modelo de regressão hierárquica múltipla para a auto-aversão (MSDS), os medos da compaixão (FCS) e o evitamento experiencial (AAQ) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia *Borderline* (BPQ; variável dependente) (N=53).**

Preditores	$\beta$	$t$	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	p
<b>Modelo 1</b>			.72	.52	.51	54.19	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.72	7.36					.000
<b>Modelo 2</b>			.84	.70	.68	28.57	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.39	3.60					.001
Medos da Compaixão (FCS; Pelos Outros)	.24	1.91					.063
Medos da Compaixão (FCS; Receber dos Outros)	.32	2.41					.020
Medos da Compaixão (FCS; Pelo Eu)	.03	.22					.826
<b>Modelo 3</b>			.87	.75	.73	28.72	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.26	2.37					.022
Medos da Compaixão (FCS; Pelos Outros)	.18	1.47					.150
Medos da Compaixão (FCS; Receber dos Outros)	.20	1.57					.122
Medos da Compaixão (FCS; Pelo Eu)	.08	.61					.543
Evitamento experiencial (AAQ)	.32	3.06					.004

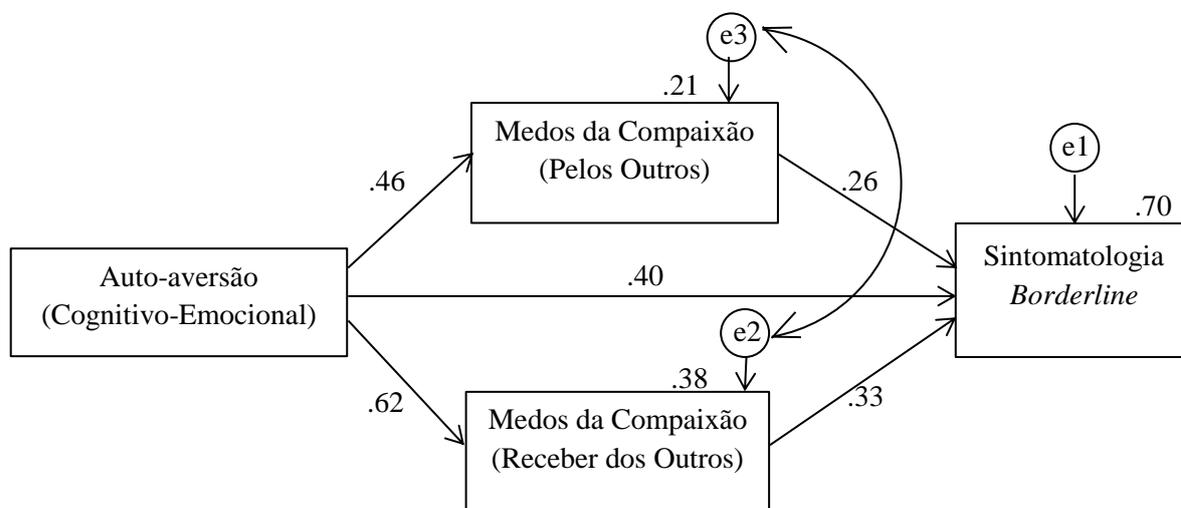
**Nota.** BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FCS = Escala dos Medos da Compaixão; AAQ = Questionário da Aceitação e Ação.

### **3.7 Influência dos Medos da Compaixão na relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia *Borderline***

#### **3.7.1 Efeito mediador dos Medos de receber compaixão por parte dos outros e de ser compassivo com os outros**

Os resultados obtidos com as análises precedentes levaram-nos a testar um modelo causal da auto-aversão (componente cognitivo-emocional) na sintomatologia *borderline* mediado pelos medos afiliativos em relação aos outros (receber compaixão dos outros e ser compassivo com os outros). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verossimilhança implementado no Software Amos (versão 20 SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- $DM^2$  (i.e.,  $p_1$ ;  $p_2 < .05$ , como indicativo de possível outlier), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria ( $Sk$ ) e de curtose ( $Ku$ ) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de  $Sk$  e de  $Ku$  indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e.,  $Sk < |3|$ ;  $Ku < |10|$ ; Kline, 1998). Verificou-se a presença de algumas observações extremas com valores de  $DM^2$  sugestivos de possíveis observações outliers tendo-se optado pela sua manutenção, por se considerar de interesse para o fenómeno em estudo a variabilidade encontrada. A significância dos efeitos indiretos da mediação foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*. Explorou-se, de seguida, o efeito de três variáveis nos sintomas *borderline* da personalidade: auto-aversão (componente cognitivo-emocional), medo de receber compaixão por parte dos outros e de ser compassivo com os outros. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 1) a auto-aversão é considerada uma variável exógena independente. O medo de receber compaixão por parte dos outros e de ser compassivo com os outros constituem as variáveis endógenas mediadoras e os traços *borderline* de personalidade a variável endógena dependente.

A análise de trajetórias permite considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e ainda decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: (a) Efeitos diretos (relação direta entre as variáveis estimada pelo coeficiente de trajetória de uma variável para outra); (b) Efeitos indiretos ou mediadores (o efeito de uma variável faz-se sentir diretamente através de outra variável, sendo estimado pelo produto dos coeficientes de trajetória compostos, que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido); (c) Efeitos não analisados (efeitos devido a causas correlacionadas entre duas variáveis); e (d) Efeitos espúrios (efeitos devido a causas comuns de uma variável, ou seja, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável). A soma dos efeitos diretos e indiretos (efeito total) representa uma estimativa da associação entre duas variáveis (Maroco, 2010). Como indicado pelo software Amos correlacionaram-se os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (medos da compaixão). A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber:  $\chi^2/df$ , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea  $\leq$  .05] (Maroco, 2010a). O modelo causal hipotético proposto corresponde ao modelo final obtido e ao que está representado graficamente na Figura 1. Isto deve-se ao facto de todas as trajetórias hipotetizadas terem sido estatisticamente significativas, e no sentido esperado.



**Figura 1. Modelo final de mediação dos medos da compaixão (pelos outros e receber dos outros) sobre a sintomatologia *borderline*.**

O modelo final obtido explica 70% da variabilidade dos traços *borderline* da personalidade. Os resultados obtidos mostraram que as cognições e sentimentos de auto-aversão (componente *cognitivo-emocional*) apresentaram um efeito total sobre a sintomatologia *borderline* de .718 com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites ].555; .824[, sendo estatisticamente diferente de zero para  $p = .001$ . O efeito direto da auto-aversão sobre a sintomatologia *borderline* é de  $\beta = .40$ , em que a estimativa deste efeito para um I.C. a 95% com limites ].217; .596[, é estatisticamente diferente de zero para  $p = .001$ . A componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão revelou também um efeito indireto sobre a sintomatologia *borderline* mediado pelo medo de dar compaixão aos outros de .12 ( $\beta = .463 \times .257$ ), representando 16% ( $.118 / .718 = .164$ ) do efeito total da componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão sobre os traços *borderline*, o que sugere que os indivíduos que têm cognições e sentimentos de aversão autodirigidos (quer em relação ao corpo, quer em relação às suas características pessoais) e que sentem desconforto (ou medo) por terem atitudes afiliativas e compassivas em relação ao sofrimento dos outros, apresentam mais traços *borderline*. O modelo permitiu, ainda, identificar um efeito indireto mediado pelo medo de receber compaixão dos outros de .201 ( $\beta = .618 \times .325$ ), e que corresponde a 28% ( $.201 / .718 = .279$ ) do efeito total da auto-aversão sobre os traços *borderline*. Este resultado indica que os indivíduos que têm mais sentimentos de auto-aversão e mais medo de receber compaixão por parte dos outros, têm mais patologia *borderline* da personalidade. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuada através de reamostragem *Bootstrap*, enquadrada para um I.C. a 95% com limites de ].184 ; .482[, sendo estatisticamente diferentes de zero para  $p = .001$ .

Na Figura 1. o modelo final é apresentado, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o  $R^2$  da variável dependente. O modelo final constituiu um modelo saturado (com zero graus de liberdade) em que todas as trajetórias se revelaram estatisticamente significativas (como já referido), como tal, os índices de ajustamento do modelo não foram calculados.

**Tabela 7. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo do efeito mediador do medo da compaixão (FCS).**

			Estimativas	EP	Z	p
Medos da Compaixão (FCS; Pelos Outros)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.417	.111	3.769	***
Medos da Compaixão (FCS; Receber dos Outros)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.643	.113	5.668	***
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.543	.131	4.144	***
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Medos da Compaixão (FCS; Pelos Outros)	.390	.164	2.380	.017
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Medos da Compaixão (FCS; Receber dos Outros)	.426	.160	2.666	.008

*Nota.*\*\*\* $p \leq .001$ . MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; FCS = Escala dos Medos da Compaixão;

### 3.8 Influência do Evitamento experiencial na relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia *Borderline*

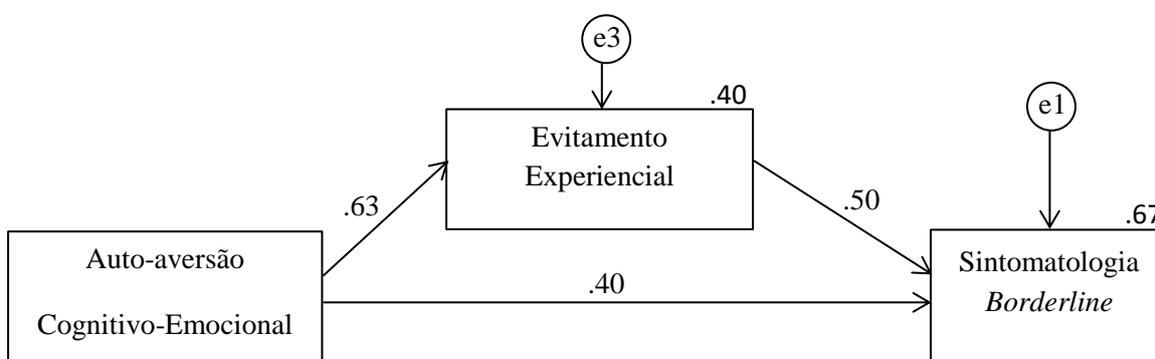
#### 3.8.1 Efeito mediador do Evitamento experiencial

Os resultados obtidos com as análises precedentes levaram-nos a testar um modelo causal da auto-aversão (componente cognitivo-emocional) na sintomatologia *borderline* mediado pelo evitamento experiencial. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança implementado no Software Amos (versão 20 SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- $DM^2$  (i.e.,  $p_1; p_2 < .05$ , como indicativo de possível outlier), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) uni e multivariada.

Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e., Sk <|3|; Ku <|10|; Kline, 1998). Verificou-se a presença de algumas observações extremas com valores de DM<sup>2</sup> sugestivos de possíveis observações outliers tendo-se optado pela sua manutenção, por se considerar de interesse para o fenómeno em estudo a variabilidade encontrada. A significância dos efeitos indiretos da mediação foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*. Explorou-se, de seguida, o efeito de duas variáveis nos sintomas *borderline* da personalidade: auto-aversão (componente cognitivo-emocional) e o evitamento experiencial. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 2) a auto-aversão é considerada uma variável exógena independente, o evitamento experiencial uma variável endógena mediadora e os traços *borderline* de personalidade uma variável endógena dependente.

A análise de trajetórias permite considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e ainda decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: (a) Efeitos diretos (relação direta entre as variáveis estimada pelo coeficiente de trajetória de uma variável para outra); (b) Efeitos indiretos ou mediadores (o efeito de uma variável faz-se sentir diretamente através de outra variável, sendo estimado pelo produto dos coeficientes de trajetória compostos, que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido); (c) Efeitos não analisados (efeitos devido a causas correlacionadas entre duas variáveis); e (d) Efeitos espúrios (efeitos devido a causas comuns de uma variável, ou seja, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável).

A soma dos efeitos diretos e indiretos (efeito total) representa uma estimativa da associação entre duas variáveis (Maroco, 2010). A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respectivos valores de referência, a saber:  $\chi^2/df$ , CFI, TLI e RMSEA,  $p$  [ $rmsea \leq .05$ ] (Maroco, 2010a). O modelo causal hipotético proposto corresponde ao modelo final obtido (cf. Figura 2), sendo por isso um modelo saturado ou perfeito, em que todas as trajetórias se revelaram estatisticamente significativas e no sentido esperado, e como tal os índices de ajustamento do modelo não foram calculados.



**Figura 2. Modelo final de mediação do evitamento experiencial sobre a sintomatologia *borderline*.**

O modelo final obtido explica 67% da variabilidade dos traços *borderline* da personalidade. Os resultados obtidos mostraram que as cognições e sentimentos de auto-aversão (componente *cognitivo-emocional*) apresentaram um efeito total sobre a sintomatologia *borderline* de .718 com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites  $].549; .827[$ , sendo estatisticamente diferente de zero para  $p = .001$ . O efeito direto da auto-aversão sobre a sintomatologia *borderline* é de  $\beta = .40$ , em que a estimativa deste efeito para um I.C. a 95% com limites  $].298; .852[$ , é estatisticamente diferente de zero para  $p = .001$ . A componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão revelou também um efeito indireto sobre a sintomatologia *borderline* mediado pelo evitamento experiencial de .317 ( $\beta = .632 \times$

.501), representando 23% ( $.317/.718 = .228$ ) do efeito total da componente *cognitivo-emocional* da *auto-aversão* sobre os traços *borderline*, o que sugere que os indivíduos que têm cognições e sentimentos de aversão autodirigidos (quer em relação ao corpo, quer em relação às suas características pessoais) e evitam vivenciar a experiência interna negativa de auto-aversão, apresentam mais traços *borderline*. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuada através de reamostragem *Bootstrap*, enquadrada para um I.C. a 95% com limites de  $].241; .708[$ , sendo estatisticamente diferentes de zero para  $p = .001$ .

Na Figura 2. o modelo final é apresentado, com as estimativas standardizadas dos coeficientes de regressão e o  $R^2$  da variável dependente.

**Tabela 8. Estimativas standardizadas de coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo do efeito mediador do evitamento experiencial (AAQ).**

			Estimativas	EP	Z	p
Evitamento Experiencial (AAQ)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.554	.094	5.888	***
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.547	.141	3.872	***
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Evitamento Experiencial (AAQ)	.781	.161	4.842	***

*Nota* .\*\*\* $p \leq .001$ . MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; AAQ = Questionário da Aceitação e Ação; BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*.

#### IV- Discussão

A PBP caracteriza-se por uma marcada e persistente instabilidade num conjunto amplo de áreas, como a área comportamental, o sistema emocional, identidade e a relação interna e as relações interpessoais (Linehan, 1993). A Teoria Biossocial sugere que a PBP resulta da interação entre uma vulnerabilidade biológica emocional da criança e o seu crescimento num contexto invalidante (Linehan, 1993). É amplamente assumido na literatura que a existência de negligência, maus tratos e a ausência de carinho e cuidado durante o crescimento podem comprometer o desenvolvimento do sistema de afiliação, fortalecendo-se, conseqüentemente, o sistema de ameaça através da sua maior estimulação (Gilbert, 2005). Autores sugerem que a internalização dos

padrões disfuncionais relacionais com os outros influenciam a relação interna do *eu* com o *eu*, podendo levar ao desenvolvimento de sentimentos de repulsa relativamente a atributos físicos, da personalidade ou do comportamento do próprio (Overton, Markland, Taggart, Bagshaw, & Simpson, 2008), aliada a uma relação agressiva e hostil com o *eu*, focada nas falhas e inadequações (autocriticismo) (e.g. Western, 1994; Castilho, 2011; Gilbert, 2000). Adicionalmente, tentativas de afiliação e securização por parte dos outros podem ativar o sistema de ameaça, gerando ansiedade e desregulação, podendo, conseqüentemente desenvolver-se medo da compaixão (por exemplo ver Castilho, 2011; Gilbert et al., 2012; Liotti & Gilbert, 2011). Por outro lado, as dificuldades na regulação emocional, centrais na patologia *borderline*, estão relacionadas com a escassez de estratégias para lidar com afetos negativos intensos (Linehan, 1993) o que leva, frequentemente, à adoção de comportamentos de evitamento experiencial (Chapman, Dixon-Gordon & Walters, 2011).

Pelas razões apontadas e pela revisão da literatura o estudo apresentado explorou a contribuição da auto-aversão e suas componentes, dos medos da compaixão, do autocriticismo e do evitamento experiencial para os traços *borderline* da personalidade, em doentes com patologia da personalidade.

No que concerne às características da amostra, o género feminino obteve pontuações médias mais elevadas na componente *cognitivo-emocional* e *ativação defensiva* (auto-aversão), no *eu inadequado* e *eu detestado* (autocriticismo) e os homens valores médios mais elevados no *eu tranquilizador*. Estes dados sugerem que as mulheres tendem a ter mais cognições e emoções focadas nos aspetos vistos como repugnantes do *eu*, uma maior ativação fisiológica inerente a essas emoções, maior sensação de inadequação e vontade de magoar ou punir o *eu* perante fracassos. Por outro lado, os homens apresentaram níveis mais elevados de compaixão e calor para o

*eu*, perante fracassos. Os dados são concordantes com a maioria dos estudos realizados em amostras clínicas e não clínicas, com indivíduos adultos, onde se verificou mais vergonha, depressão, autocrítica e ruminação nas mulheres (Castilho, 2011; Gilbert et al, 2004; Nolen- Hoeksema et al, 1999; Neff, 2003).

O estudo correlacional corroborou as hipóteses previamente delineadas. Os dados obtidos mostraram que a sintomatologia *borderline* se mostrou positivamente correlacionada com a auto-aversão. Numa análise mais detalhada, constatou-se que a sintomatologia *borderline* mostrou associações com as componentes *cognitivo-emocional*, *ativação defensiva* e *evitamento*, e de forma mais expressiva com os pensamentos e sentimentos de auto-aversão. Dito de outra forma, os indivíduos com instabilidade e desregulação emocional, relacional, de identidade e comportamental tendem a apresentar uma relação com o *eu* pautada por pensamentos e sentimentos de ódio, desprezo, raiva e repugnância sobre aspetos do *eu* que representam manchas ou nódoas. Estes dados são concordantes com a literatura recente (apesar de escassa) em que a auto-aversão revelou uma associação significativa com os traços *borderline* da personalidade (Ille et al, 2014; Rüsçh et al, 2011). As associações entre a sintomatologia *borderline* da personalidade e as formas do autocrítica e de autotranquilização revelaram-se significativas, e no sentido esperado. Estes dados sugerem que níveis elevados de sintomatologia *borderline* da personalidade correspondem a níveis mais elevados de autocrítica, e menos autotranquilização. Os coeficientes de correlação são mais expressivos com a subescala *eu detestado*, indicando que mais sintomatologia *borderline* da personalidade mais autocrítica focado em sentimentos de desprezo, aversão, raiva e punição pelo *eu*. Ou seja, perante situações de fracasso e de erro, ou quando as coisas não correm como esperado, estes indivíduos tendem a inferiorizar-se, a insultar-se, a sentir-se inadequados e inaceitáveis, a querer punir-se ou magoar-se, e, por

outro lado, são incapazes de se autotranquilizarem, de se focarem nas características positivas e nas coisas boas que fazem, são pouco tolerantes e calorosos com o seu sofrimento e têm dificuldade em aceitar a nossa condição e natureza humana, de que todos somos imperfeitos e erramos. Estes dados reforçam e estão de acordo com vários estudos acerca destes constructos, realçando o papel central do autocriticismo (em particular do seu formato mais tóxico e patogénico) e da autocompaixão (em défice, ou mesmo bloqueada) na patologia *borderline*, em particular (Castilho, 2011; Gilbert et al, 2009; Hamza, Willoughby & Armientov, 2014; Hooley & Germain, 2013; Nock e Favazza; 2009) e nas perturbações da personalidade, em geral (Lucre & Corten, 2012; Gilbert & Irons, 2005; Zuroff, Santor, & Mongrain, 2005). Em relação ao evitamento experiencial a correlação obtida mostrou-se positiva e de grandeza elevada com a patologia *borderline* da personalidade. São resultados que indicam que os indivíduos que apresentam mais traços *borderline* de personalidade revelam mais evitamento experiencial (mais inflexibilidade psicológica), isto é, os indivíduos com sintomas *borderline* de personalidade demonstram mais relutância em permanecer em contacto com experiências internas avaliadas como negativas, tentando de forma deliberada modificá-las, reduzi-las ou suprimi-las, criando-se assim um ciclo vicioso. Vários estudos têm apontado o evitamento experiencial na PBP com uma estratégia de (des)regulação emocional explicativa do desenvolvimento e manutenção dos comportamentos típicos da sintomatologia *borderline* (e.g, autodano) (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Gratz, Tull, & Gunderson, 2008; Gratz, Tull, & Wagner, 2005; Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). A sintomatologia *borderline* revelou associações significativas e no sentido esperado com os medos da compaixão, em particular com o medo de receber compaixão por parte dos outros em que a grandeza das associações obtida foi mais expressiva. Estes resultados corroboram de certa forma

a literatura atual sugerindo que na patologia *borderline* da personalidade os medos afiliativos são marcados e significativos, impedindo, por isso, a regulação emocional através das funções do sistema afiliativo e de *soothing* (Gilbert, 2005, Lucre & Corten, 2012; Azevedo, Castilho & Palmela, 2015). De notar, que este é o primeiro estudo numa amostra clínica que explora a relação entre os traços *borderline* de personalidade e os medos da compaixão. Acresce ainda mencionar que estes dados vão no sentido do que acontece e se vê na prática clínica com doentes com perturbações da personalidade, mais especificamente em doentes com patologia *borderline*, em que as dificuldades interpessoais (e de identidade) são mais marcadas. Nestes indivíduos, a proximidade e a ligação aos outros e ao *eu* é profundamente ameaçadora, desencadeando e mantendo a sintomatologia e o sofrimento associados a este quadro clínico.

Por sua vez, a auto-aversão apresentou correlações significativas e positivas com o autocrítico, e negativas com a autotranquilização, como hipotetizado. Estes resultados sugerem que os indivíduos que apresentam mais pensamentos e sentimentos hostis e de desprezo/aversão em relação ao *eu* (características físicas e comportamentais), com comportamentos que visam esconder ou evitar esses aspetos do *eu* e com mais ativação fisiológica apresentam mais autocrítico focado em sentimentos e pensamentos de inadequação, vontade de magoar ou punir o próprio e uma incapacidade de gerar sentimentos de calor e aceitação pelo *eu*. De salientar que a relação entre as formas do autocrítico e as componentes da auto-aversão numa amostra clínica, ainda não tinha sido estudada. Os resultados do presente estudo estão de acordo com os dados de Carreiras e Castilho (2014), que foi realizado numa amostra não clínica e em que os autores encontraram correlações significativas entre todos os componentes da auto-aversão e o autocrítico e a autocompaixão, no sentido esperado. Outros estudos, em amostras não clínicas e clínicas têm apontado a relação

significativa entre a vergonha e o autocrítico e a sua influência para a psicopatologia, em particular para a depressão (Gilbert et al, 2004; Castilho, 2011). A auto-aversão e o autocrítico correlacionaram-se de forma significativa e positiva com o evitamento experiencial, o que indica que os indivíduos que se perseguem, punem e sentem repugnância relativamente a aspetos do *eu* evitam permanecer em contacto com as experiências internas de auto-aversão. Estes dados vão na mesma linha dos reportados por Carreiras e Castilho (2014). Estes autores encontraram correlações positivas entre o evitamento experiencial, o autocrítico e a auto-aversão, no entanto, as relações encontradas no presente estudo foram mais expressivas, o que se deve à amostra em estudo.

Ainda, as associações entre a auto-aversão e os medos da compaixão mostraram-se significativas e positivas, o que sugere que pensamentos e sentimentos de aversão para com o *eu*, a ativação fisiológica subjacente a esta emoção e comportamentos que visam esconder, evitar ou excluir aspetos do *eu* percebidos como repugnantes associam-se ao receio de expressar sentimentos de compreensão e calor pelos outros, de os receber por parte dos outros e de os dirigir ao próprio. Este dado é inovador, visto que não há até à data (e que seja do nosso conhecimento) estudos que relacionem estas variáveis, quer em amostras não clínicas, quer em amostras clínicas. No entanto, existem dados na literatura que permitem uma reflexão interessante sobre estes resultados. Indivíduos que cresceram em ambientes hostis e abusadores, com poucas experiências afiliativas e tranquilizadoras por parte dos outros, podem ter receio de expressar e receber compaixão em relação aos outros (Castilho, 2011; Gilbert et al., 2012; Liotti & Gilbert, 2011). Os próprios sinais sociais de afiliação podem ativar o sistema de ameaça, levando ao emergir de emoções negativas, como a ansiedade, raiva e a auto-aversão. Por outro lado, pensamentos e sentimentos de repulsa relativos ao *eu*

podem estar associados a medos afiliativos relacionados com memórias emocionais de vergonha e de auto-aversão associadas ao contacto social com outros humilhadores, negligentes, críticos ou ainda abusadores. As correlações entre o autocriticismo, o evitamento experiencial e os medos da compaixão também se mostraram significativas e no sentido esperado, o que sugere uma associação importante entre a auto-aversão (e suas componentes), os medos afiliativos, a incapacidade de autotranquilização e autocompaixão e a adoção de estratégias de regulação emocional focadas na fuga, controlo e supressão das experiências internas negativas. Estes dados estão de acordo com o estado da arte relativo ao papel do evitamento experiencial como um processo transdiagnóstico e importante marcador de psicopatologia (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 2006). No que concerne aos restantes dados obtidos Gilbert e colaboradores (2004; Gilbert & Irons, 2004, 2006; Whelton & Greenberg, 2005) referem que o grau de hostilidade, desprezo e aversão autodirigidos associado à incapacidade de gerar sentimentos de calor, tranquilização e aceitação pelo *eu* contribui para os sintomas psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade. Os nossos dados estão de acordo também com o modelo teórico de Gilbert (2005) que postula que a vergonha, o autocriticismo, os medos da compaixão (Gilbert, McEwan, Chotai, et al., 2011; Gilbert, McEwan, Matos, et al., 2011) e, por contraste, a autocompaixão estão associados a diferentes sistemas de regulação de afeto (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005).

Posteriormente, com o intuito de explorar de forma mais completa a relação entre a auto-aversão, o autocriticismo, os medos da compaixão, o evitamento experiencial e a sintomatologia *borderline* da personalidade foram realizadas estatísticas de regressão linear e múltipla hierárquica, tendo-se considerado a sintomatologia *borderline* como variável critério e as restantes variáveis em estudo, como variáveis

preditoras. Das quatro componentes da auto-aversão apenas a cognitivo-emocional (pensamentos e sentimentos de nojo dirigidos ao eu) se mostrou significativa, explicando 53% da variabilidade da sintomatologia *borderline*. A presença de pensamentos e emoções de auto-aversão parecerem explicar mais de metade da variância da sintomatologia *borderline*, revelando-se um dado inovador e promissor para a compreensão das texturas internas desta patologia. Além disso, este dado faz todo o sentido pela vivência interna de nojo, raiva, aversão e ódio com que os indivíduos com estes traços ou patologia sentem a experiência externa e sobretudo interna (visão do eu). O segundo estudo realizado através de uma regressão múltipla hierárquica procurou testar a contribuição relativa da auto-aversão, do autocriticismo e dos medos da compaixão para a sintomatologia *borderline* da personalidade. Os resultados obtidos com a análise de regressão revelaram que o medo de receber compaixão por parte dos outros e o medo de ser compassivo em relação aos outros apresentaram uma significativa e independente contribuição para a explicação da variância única da sintomatologia *borderline* (70% da VD). Isto sugere que quando os indivíduos se sentem ameaçados com a proximidade e afiliação (em relação aos outros e a receber destes), e não conseguem ter atitudes de bondade, cuidado e tranquilização face ao sofrimento dos outros ou receber cuidado, atenção e aceitação por parte dos outros quando estão em sofrimento, estão mais vulneráveis a manifestarem sintomatologia *borderline*. Mais uma vez, e apesar do carácter inovador dos dados, os nossos resultados evidenciam as dificuldades que os indivíduos com patologia da personalidade, e sobretudo com PBP, têm na afiliação e no experienciarem sentimentos positivos de prazer na ligação e proximidade aos outros (Lucre & Corten, 2012). Estes dados vão na mesma linha e constituem um acrescento aos estudos que mostraram o contributo dos

medos da compaixão na psicopatologia (Gilbert, McEwan, Chotai, et al., 2011; Gilbert, McEwan, Matos, et al., 2011).

Por fim, na última análise de regressão múltipla hierárquica os preditores que se revelaram significativos, explicando 73% da variância da sintomatologia *borderline* foram a presença de uma relação interna marcada por repugnância e aversão pelas características do *eu*, assim como as tentativas de escape, distração e supressão dos acontecimentos internos negativos (auto-aversão). Outros estudos encontraram resultados que vão na mesma linha que os do presente estudo, como por exemplo os de Gratz (2003; 2006) em que se destaca para o papel do evitamento experiencial como mecanismo central da patologia *borderline*.

Tendo por base os resultados obtidos nas análises anteriores, estabeleceu-se a hipótese dos medos da compaixão e do evitamento experiencial mediar a relação entre a auto-aversão e a sintomatologia *borderline*. Para o efeito, propuseram-se dois modelos explicativos da sintomatologia *borderline*, com o recurso ao modelo de análises de trajetórias (*Path Analysis*), em que o objetivo principal era testar a hipótese de que o efeito auto-aversão sobre os traços *borderline* da personalidade é mediado pelos medos da compaixão e pelo evitamento experiencial. A análise estatística utilizada permitiu considerar em simultâneo a influência de todas as variáveis exógenas (i.e., auto-aversão), nas variáveis endógenas (medos da compaixão e evitamento experiencial) e decompor os diferentes tipos de efeitos, distinguindo os efeitos diretos e os efeitos indiretos das associações obtidas. O primeiro modelo de mediação obtido explicou 70% da variabilidade da sintomatologia *borderline*. A componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão revelou um efeito indireto sobre a sintomatologia *borderline* mediado pelos medos de dar compaixão aos outros e de receber compaixão dos outros. Estes dados inovadores sugerem que o impacto de pensamentos e sentimentos de

repugnância para com o *eu* na patologia *borderline* da personalidade opera através da ativação de medos afiliativos, ou seja, a incapacidade dos indivíduos receberem e fornecerem aos outros bondade, compreensão, paciência e não-julgamento relativamente à emoção de auto-aversão parece intensificar a sintomatologia *borderline*. Este dado vai na mesma linha de outros estudos que destacam o papel que os medos afiliativos têm para a psicopatologia (Gilbert, McEwan, Chotai, et al., 2011; Gilbert, McEwan, Matos, et al., 2011). No entanto, é inovador por constituir um acrescento importante à compreensão dos mecanismos através dos quais a auto-aversão influencia a sintomatologia *borderline*.

Por sua vez, o segundo modelo de mediação testado explicou 67% da sintomatologia *borderline*. A componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão revelou um efeito indireto sobre a sintomatologia *borderline* mediado pelo evitamento experiencial, o que sugere que o impacto das cognições e sentimentos de aversão autodirigidos (quer em relação ao corpo, quer em relação às suas características pessoais) opera através do evitamento da experiência interna negativa de auto-aversão, levando a mais traços *borderline*. Estes resultados parecem indicar o papel de manutenção que o evitamento, a fuga, o controlo ou supressão de emoções negativas (como a auto-aversão) têm sobre a sintomatologia *borderline*. Este dado é concordante com estudos que destacam o papel de manutenção que o evitamento experiencial na psicopatologia (p.ex. Chapman, Dixon-Gordon & Walters, 2011; Hayes et al. 1996) no entanto é inovador por clarificar a relação entre a auto-aversão e os traços *borderline*, tão pouco estudada.

Por fim, os resultados dos estudos de mediação sugerem que os indivíduos que têm auto-aversão, e que apresentam uma menor disposição e atitude positiva e calorosa para com os outros (dar e receber compaixão aos outros) não conseguindo aceder ao

sistema de afeto positivo de *soothing* e vinculação, central na regulação da ameaça e do stress e na ligação aos outros, e que evitam, suprimem ou tentam controlar a experiência interna de auto-aversão, terão mais patologia *borderline*. Estes dados vão no sentido de outros estudos que mostraram que os indivíduos com vergonha e autocrítico elevado evidenciam sérias dificuldades na regulação emocional de situações de ameaça e stress (e.g., perda de estatuto e atratividade no grupo social, erros, rejeição), relações interpessoais pobres (Gilbert, 2000; Matos et al., 2011) e maior propensão para o desenvolvimento de psicopatologia (Gilbert & Procter, 2006; Castilho, 2011).

### **Limitações e Investigações Futuras**

Os resultados deste estudo parecem constituir um acrescento importante e inovador à compreensão dos mecanismos através dos quais a auto-aversão influencia a sintomatologia *borderline*. Contudo, algumas limitações metodológicas devem ser tidas em consideração. A primeira limitação prende-se com a natureza transversal do estudo, não permitindo por isso a inferência de relações de causalidade. Outra limitação advém da utilização de medidas de autorresposta, pela possibilidade de maior subjetividade dos dados recolhidos, pelo efeito de desejabilidade social, e até de evitamento do conteúdo dos itens e dos constructos que as medidas medem. Adicionalmente, a sinalização dos participantes do estudo foi realizada por psicólogos e psiquiatras experientes responsáveis pelo processo terapêutico, no entanto, por restrições de tempo não foi possível proceder-se a uma confirmação do diagnóstico pelos autores, com a passagem de entrevistas clínicas estruturadas. Como forma de colmatar esta limitação inerente às medidas de autorrelato, consideramos que seria interessante que investigações futuras tivessem uma natureza longitudinal, e que recorressem a entrevistas clínicas tanto para confirmar o diagnóstico, como para a recolha das variáveis em estudo. Outra limitação é o reduzido tamanho da amostra pelo que sugerimos a replicação futura deste estudo em

amostras maiores, e com diferentes quadros clínicos. Por fim, seria interessante explorar estas variáveis e a sua expressão e contribuição em doentes com PBP, analisando cada um dos sintomas *borderline* em particular (eg, autodano, vazio, abandono).

### **Implicações clínicas**

Os resultados obtidos no presente estudo salientaram o importante papel da auto-aversão como preditor da sintomatologia *borderline*. Deste modo, uma abordagem terapêutica que se foque na emoção de auto-aversão, ou seja, primeiramente na sua identificação e posteriormente na compreensão das suas funções e impacto na sintomatologia, parece-nos pertinente. Adicionalmente, a clarificação de que a relação entre a auto-aversão e a sintomatologia *borderline* pode operar através do medo de receber e dar compaixão, bem como através do evitamento experiencial, pode ter também importantes implicações clínicas. Deste modo, perante o surgimento de cognições e emoções de auto-aversão, a incapacidade de se aceder ao sistema de *soothing* e de afiliação intensifica a sintomatologia *borderline*. Por este motivo, a Terapia Focada na Compaixão poderia ser uma abordagem benéfica para indivíduos com PBP, por estimular o sistema tranquilização e afiliação (geralmente subdesenvolvido nestes indivíduos), reduzir os medos afiliativos e, conseqüentemente levar à aprendizagem de estratégias de regulação emocional adaptativas. Por outro lado, o incentivo da aceitação da experiência interna (especialmente a de auto-aversão), sem a tentar alterar, evitar ou suprimir, também parece ser um elemento importante a abordar na terapia. Neste sentido, sugerimos, que técnicas de *mindfulness* sejam incluídas nos protocolos terapêuticos, pois poderiam levar ao aumento da observação e do contato com a experiência tal como ela é e conseqüentemente, reduzir o evitamento experiencial.

## V- Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM – 5). Lisboa: Climepsi Editores.
- Beauchaine et al., (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, 735–770.
- Bond, F. W. et al. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behaviour Therapy*, 42, 676-688.
- Brown, M., et al. (2009). Shame as a Prospective Predictor of Self-Inflicted Injury in Borderline Personality Disorder: A Multi-modal Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 815–822.
- Carreiras, D., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. “The toxicity of the self: Development and exploratory factor analysis of the Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS)” Master’s thesis, University of Coimbra, 2014.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63 - 86.
- Castilho, P. “Modelos de relação interna, Autocriticismo e Autocompaixão: Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia”. Doctoral dissertation, University of Coimbra, 2011.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (3), 371-394.

- Chapman, A., Dixon-Gordon, K. & Walters, K. (2011) Experiential Avoidance and Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29, 35–52.
- Dalgleish, T., & Power M. J. (2004) Emotion-specific and emotion non-specific components of post traumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 42,1069–1088.
- Depue, R.A. & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313 – 395 .
- Fossati, A., et al. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 206–215.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 131–153.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal ‘social’ conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate imagery in a group of self critical people. *Memory*, 12(4), 507–516.

- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., McEwan, K., Chotai, S., & Gibbons, L. (2011). *Fears of compassion in a depressed population*. Manuscript in preparation.
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2011). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 374-390.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Broomhead, C., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority, are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 123-136.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239–255.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to

- depression, anxiety, stress and self-criticism. *Journal of Positive Psychology*, 3, 182–191.
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 192-205.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (7), 550-559.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Wagner, A. W. (2005). Applying DBT mindfulness skills to the treatment of clients with anxiety disorders. In S.M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety*, Series in Anxiety and Related Disorders (2005), pp 147-161. New York: Springer. DOI: [http://dx.doi.org/10.1007/0-387-25989-9\\_6](http://dx.doi.org/10.1007/0-387-25989-9_6)
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Armientov, J. (2014). A Laboratory Examination of Pain Threshold and Tolerance Among Nonsuicidal Self-Injurers With and Without Self-Punishing Motivations. *Archives of Scientific Psychology*, 2, 33–42.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional

- approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Hooley, J.M., & St Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*, 2, 297–305.
- Ille, R. et al. (2014). Self-disgust in mental disorders – symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938–943.
- Joffe, R. J., Pearson, L., & Welch, L. (1966). Conceptual impulsivity and inductive reasoning. *Child Development*, 37, 583-594.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivations and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 84(1), 9-25.
- Lucre, K., & Corten, N. (2012). An exploration of group compassion - focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 353-465.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1995). Appraisal and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 408–416.

- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Nock, M. K., & Favazza, A. (2009). Non-suicidal self-injury: Definition and classifications. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 9–18). Washington DC: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061–1072.
- Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L., & Simpson, J. (2008). Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *Emotion*, 8(3), 379-385.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4<sup>th</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmermann, M., & Stangl, D. (1986). Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 21-34.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A. & Xavier, A. (2012). Experiential Avoidance in Clinical and Non-clinical Samples: AAQ – II Portuguese Version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.

- Poreh, A. M. et al. (2006). The BPQ: a Scale for the Assessment of Borderline Personality based on DSM-IV Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 247-260.
- Power, M., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and Emotion: from order to disorder*. UK: Psychology Press.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (2008). Disgust. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions (757-776)*. New York: The Guilford Press.
- Rüsch, N., Schulz, D., Valerius, G., Steil, R., Bohus M. & Schmahl, C. (2011) Disgust and implicit self-concept in women with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261, 369-376.
- Schore, A.N. (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59 – 87 .
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A.N. (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology . *Development and Psychopathology* , 8(1), 59 – 87 .
- Silk, K. R., Wolf, T. L., & Ben-Ami, D. A. (2005). Environmental factors in the etiology of borderline personality disorder. In M. Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder (41–62)*. Boca Raton, FL: Taylor and Francis Group.

- Simões, D. S. C. “Medo da Compaixão: estudo das propriedades psicométricas da Fears of Compassion Scales (FCS) e da sua relação com medidas de Vergonha, Compaixão e Psicopatologia”. Master’s thesis, University of Coimbra, 2012.
- Westen, D. (1994). The impact of sexual abuse on self structure. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self* (pp. 223–250). New York: University of Rochester Press.
- Wispe, L. (1991). *The psychology of sympathy*. New York: Plenum.
- Young, J. E., Klosko J. S., & Weishaar, M. E., (2003) *Schema Therapy: a practitioner’s guide*. New York: The Guildford Press.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911–1918.
- Zuroff, D. C., Santor, D., & Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. In J. S. Auerbach, K. N. Levy, & C. E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, self-definition and mental representation. essays in honour of Sidney J. Blatt* (pp. 75–90). London: Routledge.

**II**

Guiomar, R. & Castilho, P. (2015). *Estudo do impacto do Mindfulness e da Autocompaixão na relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline.*

Manuscript in preparation.

**Estudo do impacto do *Mindfulness* e da Autocompaixão na relação entre a  
Auto-aversão e a sintomatologia *Borderline***

**Autores**

Raquel Guiomar<sup>1\*</sup>

Paula Castilho, Ph.D<sup>1,2</sup>

**Filiação**

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup> Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

\* A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Raquel Nunes R. M. Guiomar

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: raquelguiomar18@gmail.com

## Resumo

A auto-aversão é uma emoção ligada ao sistema de ameaça e corresponde ao sentimento de repulsa que atributos físicos, da personalidade ou do comportamento suscitam no próprio. Alguns estudos têm sugerido que a auto-aversão pode ter um papel importante na desregulação emocional, e na patologia *borderline*. Por outro lado, estudos sobre o *mindfulness* e sobre a autocompaixão têm apontado para o papel que estes dois constructos têm na regulação emocional. Não existem até à data estudos que relacionem estas variáveis, o que leva a que pouco se saiba sobre a sua relação. Assim, o objetivo do presente estudo passou pela exploração do impacto da auto-aversão na sintomatologia *borderline* e pela análise da influência do *mindfulness* e da autocompaixão nesta relação. Neste estudo utilizámos um protocolo com escalas de autorresposta que mediam as variáveis em estudo, num total de 53 pacientes com patologia da personalidade. Os resultados das análises de correlação evidenciaram as relações hipotetizadas, e os estudos de mediação sugeriram que a auto-aversão tem um impacto na sintomatologia *borderline* através da faceta *não julgar* do *mindfulness*.

**Palavras-chave:** auto-aversão; traços *borderline* da personalidade; *mindfulness*; autocompaixão.

### **Abstract**

Self-disgust is an emotion linked to the threat-system and can be conceptualized as the feeling of disgust that one has about his own physical attributes, personality or behaviour. Some studies have suggested that self-disgust may have an important role in emotion dysregulation, and in the borderline personality disorder. On the other hand, studies on mindfulness and self-compassion have suggested that these two constructs may have an important role in emotional regulation. Presently, there are no studies that investigate these variables together, therefore, little is known about their relation. The aim of this study was to explore the impact of self-disgust on the borderline symptomatology and to analyse the influence of mindfulness and self-compassion in this relationship. In this study we used a protocol with instruments that assessed the variables in study, in a total of 53 patients diagnosed with a personality disorder. The results of the correlation analysis showed the hypothesized relationships, and the mediation studies have suggested that self-disgust has an impact on borderline symptomatology through the nonjudge facet of the mindfulness questionnaire.

**Key-words:** self-disgust; borderline personality traits; mindfulness; self-compassion.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **Auto-aversão e traços *borderline* da personalidade**

A Perturbação *Borderline* da Personalidade (PBP) caracteriza-se por uma marcada e persistente instabilidade que atinge determinadas áreas de funcionamento do indivíduo, como as relações interpessoais, o sentido de identidade, o sistema emocional e o comportamento. É amplamente aceite pela comunidade científica e clínica que a (PBP) representa uma proporção significativa da população com perturbações psiquiátricas, e que dentro das perturbações da personalidade é das perturbações mais diagnosticadas (Linehan, 1993).

Estudos recentes têm sugerido um importante papel da auto-aversão na Perturbação *Borderline* da Personalidade (Rüsch et al., 2011; Ille et al., 2014). A auto-aversão corresponde ao sentimento de repulsa que atributos físicos, da personalidade ou do comportamento suscitam no próprio (Overton, Markland, Taggart, Bagshaw, & Simpson, 2008). Carreiras & Castilho (2014) num estudo recente sugerem que a auto-aversão é constituída por quatro componentes: a ativação defensiva (ativação fisiológica ligada ao Sistema Nervoso Simpático, que envolve taquicardia e vômito, por exemplo), a cognitiva-emocional (pensamentos e sentimentos de repugnância, crítica, desprezo, em relação a características do *eu*), a exclusão (corresponde a tentativas de eliminar o que é percecionado como repulsivo no *eu*, como por exemplo ingestão de drogas, autodano) e a componente de evitamento (reporta-se à dissimulação, inibição e tentativas de esconder esses aspetos vistos como repugnantes).

### **A Desregulação Emocional característica nuclear na patologia *borderline***

As dificuldades na regulação emocional e no lidar com as emoções (ansiedade, tristeza, raiva, auto-aversão/repugnância) são nucleares na patologia *borderline* (Linehan, 1993). Vários estudos sugerem que os doentes com PBP têm tendência para

experienciar flutuações extremas no estado de humor e nos afetos (e.g., maior variabilidade nos seus estados afetivos ao longo do dia) comparativamente a doentes com outras perturbações de personalidade, com quadros clínicos do eixo I ou sem diagnóstico de doença mental (Cowdry, Gardner, O’Leary, Leibenluft, & Rubinow, 1991; Koenigsberg et al., 2002). Percebe-se, com base nos resultados encontrados em vários estudos, a presença de uma maior labilidade em termos de raiva e ansiedade e uma frequente oscilação entre estados depressivos e ansiosos (Koenigsber et al., 2002). Os doentes com PBP experienciam também com maior frequência, intensidade (i.e., rápido aumento) e duração de estados de tensão aversiva quando comparados a um grupo de controlo não clínico (Stiglmayr, Gratwohl, Linehan, Fahrenberg, & Bohus, 2005) e apresentam mais traços de personalidade relacionados com o afeto negativo (Farmer & Nelson-Gray, 1995). No mesmo sentido, Yen, Zlotnick e Costello (2002) mostraram que a intensidade do afeto (i.e., tendência geral para experienciar fortemente as emoções) e o controlo do afeto reportados (i.e., a falta de habilidade para regular os estados afetivos) estão significativamente associados ao número de traços/critérios de personalidade *borderline*, mesmo quando controlado o efeito dos sintomas depressivos.

Segundo Marsha Linehan (1993) a patologia *borderline* resulta da interação de fatores genéticos (temperamento) e contextuais (ambiente invalidante). Uma criança emocionalmente vulnerável e impulsiva que foi exposta a um ambiente familiar invalidante, caracterizado por respostas erráticas e inapropriadas às suas experiências privadas, que alternaram entre a desvalorização, crítica e punição e o reforço intermitente da expressão extrema de emoções. Esta criança necessita frequentemente de expressar reações emocionais extremas para obter uma resposta suportiva do ambiente familiar, enquanto, com a mesma frequência, lhe era comunicado que deveria ser capaz de lidar internamente com os estados emocionais sem suporte parental.

Crescer num ambiente com estas condições não permite que a criança aprenda a identificar e classificar a experiência interna, nem a confiar nos seus pensamentos e emoções como respostas válidas às pistas ambientais (Linehan, 1993).

### **O papel da afiliação na regulação da ameaça**

A evolução de relações de vinculação teve um impacto marcado no caminho evolutivo da espécie humana e, mais especificamente, na regulação emocional e na cognição (Gilbert, 2005). Alargada evidência empírica tem mostrado quão forte pode ser a influência das relações de vinculação precoces na formação e desenvolvimento fisiológico (Porges, 2007). Na mesma linha, a nossa capacidade para a afiliação está enraizada em sistemas neurofisiológicos especializados (Depue and Morrone-Strupinsky, 2005) que são, também, responsáveis por reduzir a resposta de medo. Assim, o afeto e a afiliação influenciam a maturação cerebral, especialmente as áreas responsáveis por funções relativas à cognição social e à empatia (Schore, 1996). Desde modo, experiências de vinculação e de afiliação possibilitam a vivência de segurança e influenciam as capacidades de processamento de sinais sociais e de regulação afetiva (Gilbert, 2005). Os indivíduos com patologia *borderline* da personalidade na sua maioria reportam ter vivenciado experiências negativas precoces de abuso sexual e emocional (algumas destas experiências com um carácter traumático de vergonha) (Castilho, 2011), apresentam mais sentimentos de existir na mente dos outros de forma negativa (vergonha) e autocriticismo marcado e uma incapacidade de se autotranquilizarem face a situações de stresse (e.g., erros, obstáculos e contrariedades do dia-a-dia) (Castilho, Duarte, Dinis & Pinto-Gouveia, 2015). No mesmo sentido, Bateman e Fognay (2004) mostraram que os indivíduos com diagnóstico de perturbação da personalidade estão mais predispostos a terem mais vergonha e autocriticismo, associado a memórias emocionais na infância tóxicas e negativas. Rush et al (2007)

descobriram que mulheres com PBP revelaram níveis mais elevados de culpa e predisposição para a vergonha em comparação com doentes com fobia social e normais. Alguns autores sugerem que o autocrítico pode ter um papel importante nos comportamentos de autodano (i.e., destruição intencional de tecido corporal sem intenção suicida, Nock e Favazza, 2009) frequentemente presentes em indivíduos com PBP (e.g. Hamza, Willoughby & Armientov, 2014; Hooley & Germain, 2013). Estes estudos mostraram que quando estão presentes motivações de auto-punição, os indivíduos toleram a dor durante mais tempo e avaliam-na como menos aversiva que o grupo de controlo. Um estudo de Azevedo, Castilho e Palmela (2015) reforçou a importância das relações precoces na perturbação *borderline*, uma vez que encontraram correlações positivas entre traços *borderline* e memórias traumáticas de vergonha e negativas entre traços *borderline* e memórias de relações afiliativas de segurança e calor. Outro estudo de Castilho (2011) mostrou que indivíduos com PBP com comportamentos de autodano se distinguem dos que não recorrem a este tipo de comportamentos. Assim, os indivíduos com níveis mais elevados de *eu detestado* (forma mais patogénica e tóxica de autocrítico, focada em pensamentos e sentimentos de ódio e repugnância autodirigidos, de ataque e punição para com o *eu*, Gilbert et al., 2004) e níveis mais reduzidos de autocompaixão (i.e., menos capacidade para se autotranquilizarem, menos calor, compreensão e cuidado para com o *eu*) tinham maior probabilidade de apresentarem comportamentos de autodano. Estes dados evidenciam que os indivíduos com perturbação da personalidade, na generalidade, e com patologia da *borderline* da personalidade em particular, apresentam uma marcada sensibilidade à ameaça (e.g., elevada vergonha e autocrítico) (Lucre & Corten, 2012) e défices na capacidade afiliativa, quer em relação com o *eu*, como em relação aos outros.

A compaixão pode ser definida de diferentes formas. Segundo Gilbert, este constructo inclui a motivação para o cuidar e para a redução do sofrimento; a capacidade de estar atento e de ser sensível ao sofrimento no próprio ou nos outros; ser capaz de tolerar emoções aversivas que possam surgir; tentar perceber as causas ou fontes do sofrimento e a adoção de uma postura de não julgamento, empatia, abertura e aceitação (Gilbert, 2010). De acordo com Neff (2003) a compaixão envolve estar atento ao sofrimento dos outros, o desejo de diminuir o sofrimento, uma postura de bondade e de não julgamento reconhecendo que a imperfeição faz parte da condição humana. Assim, a autocompaixão implica uma abertura ao próprio sofrimento, experienciando sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para com o *eu*, numa atitude de observação não avaliativa em relação aos erros e inadequações e reconhecendo-os como parte de uma experiência humana comum (Neff, 2003b).

Um número crescente de estudos tem ligado a autocompaixão a variáveis associadas a um funcionamento psicológico adaptativo. Por exemplo, estudos empíricos evidenciaram que o aumento da compaixão (para com o eu e para com os outros) tem um impacto importante na redução do afeto negativo e na promoção de afeto positivo (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004). Neff e Mcgehee (2010) encontraram níveis reduzidos de autocompaixão associados a níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa. No que concerne a estudos desenvolvidos em amostras com perturbações da personalidade, Lucre e Corten (2012) encontraram resultados promissores. Assim, após a aplicação de Terapia Focada na Compaixão em grupo, durante 16 semanas, evidenciou-se uma redução significativa da vergonha, do stresse, da depressão, do autocriticismo e da comparação social, e um aumento da capacidade de autotranquilização. Outro estudo, numa amostra com perturbações psicológicas resistentes aos tratamentos, (Gilbert & Procter, 2006) encontrou reduções

na ansiedade, autocrítico, vergonha, depressão e aumento da autocompaixão posteriormente à implementação de Terapia Focada na Compaixão. Estes estudos, em conjunto, sugerem que a autocompaixão tem um impacto importante na regulação emocional e na saúde psicológica.

### ***Mindfulness* e traços *borderline* de personalidade**

Apesar da longa história que o *mindfulness* tem na filosofia oriental, nas últimas duas décadas tem-se tornado um dos focos da investigação, com mais destaque, na psicologia, nas neurociências e nas intervenções clínicas. *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 2003) pode ser conceptualizado como a postura de aceitação e consciência do momento presente, dirigindo intencionalmente a atenção para o mesmo, sem ajuizar ou rotular a própria experiência. Deste modo, o indivíduo observa os pensamentos, as emoções e as sensações sem se identificar, e sem reagir em função do padrão automático habitual de resposta. Outra definição possível de *mindfulness* é proposta por Bishop et al. (2006), onde se conceptualiza este constructo como sendo constituído por dois componentes. O primeiro é relativo à autorregulação da atenção, ou seja, a sua manutenção na experiência imediata, permitindo o reconhecimento dos eventos internos que surgem no momento presente. O segundo implica a adoção de uma atitude de curiosidade, abertura e aceitação das experiências que ocorrem interna e externamente.

Wupperman, Neumann e Axelrod (2008) sugerem que competências pouco desenvolvidas de *mindfulness* intensificam a sintomatologia *borderline*, mais especificamente, a instabilidade na regulação emocional e nas relações interpessoais. Nesta linha, um estudo encontrou menos competências de *mindfulness* numa amostra de indivíduos com PBP, comparativamente à amostra de controlo da população geral (Nicastro, Jermann, Bondolfi, & McQuillan, 2010). Deste modo, indivíduos com PBP frequentemente recorrem ao evitamento de situações ou sensações aversivas (Rosenthal,

Cheavens, Lejuez, & Lynch, 2005), reduzindo temporariamente o sofrimento, mas potenciando a longo prazo a sintomatologia (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005).

Vários estudos têm mostrado uma associação positiva entre o *mindfulness* e o bem-estar psicológico e negativa com a psicopatologia. Assim, verificou-se que o desenvolvimento de *mindfulness* levou a níveis mais elevados de afeto positivo e a reduzidos de afeto negativo (p.ex. Brown & Ryan, 2003), a mais qualidade de vida (cf. Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2003), a menos sintomas depressivos (Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000) e a menos ansiedade (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). Estudos em amostras com PBP mostraram correlações negativas entre o *mindfulness* e os traços *borderline* (Wupperman, Neumann, Whitman, & Axelrod, 2009). Outro estudo reportou um efeito do treino de *mindfulness* na redução da sintomatologia depressiva (Feliu-Soler, et al., 2014; Soler, et al., 2012). Yu e Clark (2015) encontraram associações distintas entre as facetas de *mindfulness* (utilizaram o FFMQ – *Five Facet Mindfulness Questionnaire*, Baer R. et al., 2006) e as subescalas do *Borderline Personality Questionnaire* (BPQ, Poreh et al., 2006). Neste estudo, efetuado numa amostra não clínica, a faceta *não julgar* (*mindfulness*) foi a mais robustamente associada (negativamente) com o total da escala, bem como com a maioria das subescalas do BPQ.

O desenvolvimento de competências de *mindfulness* revela-se essencial para a regulação emocional, pois ensina a observação, descrição e identificação correta das emoções que surgem. Para além disto, o aumento da observação e do contato com a experiência tal como ela é, reduz os comportamentos de evitamento e inibição emocional (McMain, Korman & Dimeff, 2001).

A literatura sugere que a auto-aversão tem um papel relevante na patologia *borderline* da personalidade, no entanto os mecanismos que poderão influenciar esta relação estão ainda por esclarecer. É amplamente reconhecido que a desregulação emocional tem um papel central na PBP e vários estudos sugerem que a autocompaixão e o *mindfulness* constituem estratégias adaptativas de regulação emocional, pelo que este estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre a auto-aversão, a autocompaixão, o *mindfulness* e os traços *borderline* da personalidade, numa amostra clínica com psicopatologia da personalidade.

Como hipótese, esperamos que indivíduos que sentem mais auto-aversão, ou seja mais focados em pensamentos e sentimentos de repugnância sobre partes de si vistas como negativas e com comportamentos que visam esconder ou evitar esses aspetos do *eu*, revelariam níveis mais elevados de sintomatologia *borderline*, ou seja, mais instabilidade afetiva, desregulação das relações sociais, impulsividade, sentimentos de vazio, medo do abandono e raiva intensa. Adicionalmente, considerámos que níveis elevados de auto-aversão estariam associados a níveis mais baixos de *mindfulness* e de autocompaixão, ou seja, indivíduos com pensamentos e sentimentos de aversão e desprezo pelo *eu* que espelhem uma visão do *eu* como repugnante e com comportamentos que visam esconder ou evitar esses aspetos do *eu*, terão menos consciência do momento presente (piloto automático) e uma relação com o *eu* menos compassiva, aceitante, bondosa e tolerante. Mais ainda, espera-se que níveis mais elevados de *mindfulness* e de autocompaixão correspondam a menor sintomatologia *borderline* da personalidade, ou seja, a menos impulsividade, instabilidade e desregulação emocional e comportamental. Por fim, hipotetizamos que se encontre uma relação positiva entre o *mindfulness* e a autocompaixão, ou seja, que níveis mais

elevados de aceitação do momento presente, sem lhe reagir e sem o julgar se associem a uma postura de calor, tolerância e compreensão com o *eu*.

Por fim o segundo objetivo do presente estudo foi testar dois modelos causais de mediação em que se hipotetizou que a contribuição da auto-aversão na sintomatologia *borderline* da personalidade seria explicada pelo efeito do *mindfulness* e da autocompaixão.

## **II - Metodologia**

### **2.1 Amostra**

No sentido de atingir os objetivos propostos foi constituída uma amostra clínica com psicopatologia da personalidade como diagnóstico principal, recolhida entre dezembro de 2014 e julho de 2015. Neste estudo, optámos por recolher uma amostra clínica com várias Perturbações da Personalidade, por existir elevada comorbilidade entre perturbações da personalidade dentro do mesmo cluster e entre clusters diferentes (Beuchaine et al., 2009; Zimmerman et al., 2005; Joffe & Regan, 1988; Pfohl, Coryell, Zimmermann, & Stanhl, 1986). Por exemplo, um estudo de Fossati et al. (2000) verificou que num grupo de pacientes com Perturbação da Personalidade, mais de 50% dos participantes preenchiam critérios para múltiplas Perturbações da Personalidade.

A amostra final ficou composta por 53 pacientes com perturbação da personalidade, em que 47.2% preenchiam critérios para Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade (n= 25), 34% tinham Perturbação *Borderline* da Personalidade (n= 18), 9.4% Perturbação Evitante da Personalidade (n= 5), 5.7% Perturbação Dependente da Personalidade (3) e 3.8% Perturbação Histriónica da Personalidade (n= 2). No que concerne à comorbilidade, 77.4% da amostra apresentava apenas o diagnóstico para perturbação da personalidade, 13.2% (n= 7) preenchiam também critérios para Perturbação Depressiva Major, 7.5% (n= 4) para Fobia Social e

1.9 (n= 1) para Perturbação do Comportamento Alimentar. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam preenchimento correto das escalas; (f) escolaridade inferior ao 4º ano; (g) presença de doença psicótica ou bipolar; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental. A média das idades dos participantes era de 33.47 anos (DP = 10.22), com idades que variavam entre os 18 e os 55 anos e a média dos anos de escolaridade era 14.45 (DP = 3.08), sendo o mínimo 6 e o máximo 21 anos. A maioria dos participantes eram solteiros (58.5%), de estatuto socioeconómico médio (75,5%) a residir na zona centro de Portugal Continental (88.7%).

Dezassete participantes eram do sexo masculino (32.08%), com uma média de idades de 34.41 anos (DP = 10.86) e trinta e seis do sexo feminino (67.93%), com uma idade média de 32.08 anos (DP = 9.75). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas variáveis sociodemográficas: idade, anos de escolaridade, estado civil, nível socioeconómico e região de residência.

A Tabela 1. apresenta as características sociodemográficas dos doentes participantes no presente estudo.

**Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (N=53)**

	Masculino (n=17)		Feminino (n=36)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>Idade</b>	36.41	10.86	32.08	9.75	1.46	.152
<b>Anos de Escolaridade</b>	14.29	3.06	14.53	3.13	-26	.798
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Estado Civil</b>					.62	.891
Solteiro(a)	10	18.9	21	39.6		
Casado(a)	5	9.4	11	20.8		
União de Facto	-	-	1	1.9		
Viúvo(a)	-	-	-	-		
Divorciado(a)	2	3.7	3	5.7		

	Masculino (n=17)		Feminino (n=36)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	36.41	10.86	32.08	9.75	1.46	.152
Médio	13	24.5	27	50.9		
<b>Região de Residência</b>					3.07	.216
Norte	2		1			
Centro	15		32			
Sul	-		3			

## 2.2. Instrumentos de medida

**2.2.1. Escala Multidimensional da Auto-aversão (MSDS;** Castilho, Pinto-Gouveia & Carreiras, 2014), medida de autorrelato que visa avaliar a emoção de aversão dirigida a *eu* nos seus vários componentes. A escala é constituída por 32 itens e está organizada em quatro subescalas: *cognitivo-emocional* (pensamentos e emoções que refletem a relação hostil e agressiva com o próprio; com 10 itens, ex. “Sinto-me profundamente desgostoso devido a esses aspetos de mim.”), *ativação defensiva* (componente fisiológica inerente à emoção de auto-aversão; com 14 itens, ex. “Fico com uma sensação estranha no estômago.”), *evitamento* (comportamentos que visam esconder ou evitar aspetos do *eu* percebidos como repugnantes; com 4 itens, ex. “Disfarço/dissimulo esses aspetos de mim pelos quais tenho aversão.”) e *exclusão* (comportamentos que visam eliminar aspetos do próprio considerados repulsivos; com 4 itens, ex. “Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essa parte de mim mesmo(a).”). A escala de resposta é tipo *Likert* de cinco pontos (de 0 “Nunca” a 4 “Sempre”), onde pontuações mais elevadas representam níveis mais elevados de auto-aversão. No estudo original, as subescalas *ativação defensiva* e *cognitivo-emocional* apresentaram coeficientes de consistência interna excelentes ( $\alpha = .95$ ;  $\alpha = .97$ , respetivamente), a subescala *evitamento* evidenciou uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ) e a subescala *exclusão* uma consistência interna aceitável ( $\alpha = .77$ ) (Castilho, Pinto-Gouveia & Carreiras, 2014). No presente estudo, obtivemos um alfa de cronbach de .95 para a

subescala *cognitivo-emocional*, .94 para a *ativação defensiva*, .80 para a *evitação* e .55 para a *exclusão*.

**2.2.2. Questionário de Personalidade *Borderline*** (BPQ; Poreh et al., 2006; Pinto Gouveia, J. & Duarte, D., 2007), este instrumento de autorresposta pretende avaliar os traços da Perturbação *Borderline* da Personalidade, tendo como base os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 2004). É composto por 80 itens, com uma escala de resposta dicotômica (0="Não"; 1 ="Sim") e divide-se em nove subescalas: *impulsividade* (9 itens, ex. "Faço frequentemente coisas sem pensar bem nelas"), *instabilidade afetiva* (10 itens, ex. "O meu humor alterna frequentemente ao longo do dia entre felicidade, raiva, ansiedade e depressão."), *abandono* (10 itens, ex. "As pessoas que eu amo deixam-me frequentemente."), *relações interpessoais* (8 itens, ex. "As pessoas falham comigo muitas vezes."), *auto-imagem* (9 itens, ex. "Eu sinto que as outras pessoas não iriam gostar de mim se me conhecessem realmente bem."), *suicídio/automutilação* (7 itens, ex. "Já me cortei de propósito."), *vazio* (10 itens, ex. "Sinto-me muitas vezes vazio por dentro"), *raiva intensa* (10 itens, ex. "Os outros dizem que sou de ferver em pouca água.") e *estados quasi-psicóticos* (7 itens, ex. "Por vezes sinto que não sou real."). A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, além de que a medida permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações elevadas sinalizam a presença de perturbação *borderline* da personalidade. No estudo da versão original a medida apresentou uma elevada consistência interna para o total e razoável para a maioria das suas subescalas (Poreh et al., 2006). No presente estudo, o valor total da escala apresentou um alfa de cronbach de .95.

**2.2.3. Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness** (FFMQ; Baer R. et al., 2006; Pinto-Gouveia, J. & Gregório, S., 2007), esta escala de autorresposta mede a tendência

de cada sujeito estar *mindful* no seu quotidiano. Os 39 itens que a constituem estão organizados em cinco subescalas de *mindfulness*: *observar* (8 itens, ex. “Noto como a comida e a bebida afetam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções.”), *descrever* (8 itens, ex. “Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.”), *agir com consciência* (8 itens, ex. “Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.” – item invertido), *não julgar* (8 itens, ex. “Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.” – item invertido) e *não reagir* (7 itens, ex. “Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.”). A cotação efetua-se segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos (1= “Nunca ou muito raramente verdadeiro” a 5 = “Muito frequentemente ou sempre verdadeiro”). A versão original da escala apresentou bons valores de consistência interna (*observar*:  $\alpha = .83$ ; *descrever*:  $\alpha = .91$ ; *agir com consciência*:  $\alpha = .87$ ; *não julgar*:  $\alpha = .87$ ; e *não reagir*:  $\alpha = .75$ ) (Baer et al., 2006). Na versão portuguesa, os valores de consistência interna para as subescalas foram:  $\alpha = .78$  para *observar*,  $\alpha = .88$  para *descrever*,  $\alpha = .89$  para *agir com consciência*,  $\alpha = .86$  para *não julgar* e  $\alpha = .66$  para *não reagir* (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). No presente estudo, os alfas obtidos foram:  $.83$  (*observar*),  $.91$  (*descrever*),  $.91$  (*agir com consciência*),  $.85$  (*não julgar*) e  $.79$  (*não reagir*).

**2.2.4. Escala de Autocompaixão** (SELFCS; Neff, 2003; Castilho & Pinto-Gouveia, 2010), esta medida da autocompaixão é composta por 26 itens que constituem seis componentes da mesma: *calor/compreensão* (5 itens, ex. “Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.”), *autocrítica* (5 itens, ex. “Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.”), *condição humana* (4 itens, ex. “Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.”), *mindfulness* (4

itens, ex. “Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.”), *sobreidentificação* (4 itens, ex. “Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”). A cotação destas é realizada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1= “Quase nunca” a 5= “Quase sempre”), onde pontuações mais elevadas apontam para níveis mais altos de autocompaixão. A versão original da escala evidenciou bons níveis de consistência interna para o total ( $\alpha = .92$ ; Neff, 2003), no estudo da versão portuguesa os alfas de cronbach foram de .73 (total), .88 (*calor/compreensão*), .82 (*condição humana*), .77 (*mindfulness*), .88 (*autocrítica*), .83 (*isolamento*), .82 (*sobreidentificação*). Relativamente a este estudo, os coeficientes de consistência interna foram: .93, .83, .82, .80, .88, .65 e .73 (total da escala, *calor/compreensão*, *autocrítica*, *humanidade comum*, *isolamento*, *mindfulness* e *sobreidentificação*, respetivamente).

### 2.3. Procedimento

A recolha da amostra decorreu entre Dezembro de 2014 e Julho de 2015, contando com a colaboração de Psicólogos e Psiquiatras experientes e responsáveis clinicamente pelos doentes sinalizados. Previamente à administração do protocolo foi explicado aos terapeutas o objetivo da investigação, assim como os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Considerámos como critérios de inclusão (1) estarem preenchidos critérios para Perturbação da Personalidade (segundo o DSM 5); (2) terem idade superior a 18 e inferior a 65 anos; (3) terem nacionalidade portuguesa. Por outro lado, foram considerados os seguintes critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam preenchimento correto das escalas; (f) escolaridade

inferior ao 4º ano; (g) presença de doença psicótica ou bipolar; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental.

Relativamente à administração dos protocolos de autorresposta, esta decorreu depois de se explicitar aos doentes que a participação era voluntária e confidencial, de se clarificar a natureza e os objetivos da investigação, e de se obter o seu consentimento informado. O protocolo de avaliação era composto por uma folha de rosto com a informação supramencionada, uma página para a recolha dos dados sociodemográficos do participante, e os questionários relativos às medidas de autorresposta em estudo. Na maioria dos casos o protocolo era fornecido ao paciente, que procedia ao seu preenchimento em casa, devolvendo-o, posteriormente, ao terapeuta ou aos autores desta investigação, garantindo sempre o anonimato do participante.

#### **2.4. Estratégia analítica**

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *software* IBM SPSS Statistics 22.0 (SPSS IBM; Chicago, IL) e com o *software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 22.0; SPSS IBM, Chicado, IL). O estudo teve um desenho transversal. Para testar as diferenças de género relativamente às médias das variáveis em estudo recorreu-se ao teste *t* de *Student* para amostras independentes.

Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Marôco, 2010). Os pressupostos do teste foram analisados relativamente à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias. Assim, a homogeneidade das variâncias nos dois grupos foi analisada através do teste de Levene. Com o intuito de avaliar a consistência interna das escalas utilizadas, recorreremos ao cálculo dos alfas de cronbach das mesmas.

Posteriormente foram realizadas matrizes de correlação de Pearson para explorar as relações entre as variáveis. Utilizámos os critérios de Pestana e Gageiro (2005) para

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

Realizaram-se também modelos de regressão múltipla simples e hierárquica para testar a contribuição da auto-aversão, da autocompaixão e do *mindfulness* (variáveis independentes) na explicação da sintomatologia *borderline* (variável dependente).

Por fim, optou-se por testar o efeito de mediação usando o modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*) com vista a estudar as relações estruturais (efeitos diretos e indiretos) entre variáveis manifestas (exógenas e endógenas). Os resultados obtidos com as análises precedentes levaram-nos a fazer um modelo de mediação que visou explorar o papel mediador do *mindfulness* (facetas *descrever* e *não julgar*) na relação entre a auto-aversão (componente *cognitivo-emocional*) e a sintomatologia *borderline*. A estimativa bootstrapped do efeito indireto baseou-se na iteração de 2000 amostras, sendo que o valor boot não nos confirma a presença (ou não) de um efeito de mediação, somente o respetivo I.C. 95%, e se os ICs não conterem zero, estamos na presença de um efeito de mediação. Nos diagramas de trajetórias propostos a auto-aversão foi considerada uma variável exógena independente; facetas *descrever* e *não julgar* da escala do *mindfulness* variáveis endógenas mediadoras e os sintomas *borderline* considerados variáveis endógenas dependentes.

### **III - Resultados**

#### **3.1 Análise preliminar dos dados**

A normalidade das variáveis em estudo foi analisada do Teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como o enviesamento em relação à média através dos valores de assimetria e de achatamento. As variáveis em estudo não têm uma distribuição normal e

os valores de assimetria e de achatamento não evidenciaram graves enviesamentos (valores de skewness entre  $-0.766$  e  $1.485$ ; valores de kurtosis entre  $-1.088$  e  $2.177$ ) ( $Sk < |3|$  e de  $Ku < |10|$ ; Kline, 2011). A análise da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis) possibilitou que se detetasse a existência de alguns valores extremos. No entanto, decidiu-se pela manutenção desses valores na análise por se considerar de possível interesse para o fenómeno em estudo. As análises de regressão linear simples e hierárquicas ou por blocos foram validadas tendo em conta os seguintes pressupostos: normalidade (através do teste K-S e dos valores de Skewness e de Kurtosis), homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de Durbin-Watson). As variáveis não se revelaram multicolineares ( $VIF < 5$ ). A presença de multicolinearidade entre as variáveis foi analisada mediante o cálculo dos VIF.

O cálculo dos alfas de cronbach permitiu observar que todas as escalas mostraram níveis de consistência interna de bons a muito bons (coeficientes entre  $.80$  e  $.96$ ), exceto a subescala *exclusão* da Escala Multidimensional da Auto-aversão, que apresentou um alfa de  $.55$ .

### **3.2 Estatística descritiva**

Recorreu-se ao método paramétrico *t*-Student para testar as diferenças de género relativamente às médias nas variáveis em estudo. Pela análise da Tabela 2., os dados obtidos mostraram diferenças significativas entre os grupos na *auto-aversão*, na sua componente *cognitivo-emocional* e *ativação defensiva*, em que o género feminino obteve pontuações médias mais elevadas (com um tamanho do efeito da diferença pequeno). Adicionalmente, na *autocompaixão* também se encontraram diferenças significativas entre os géneros. Mais especificamente, podemos verificar que os homens

tiveram pontuações mais elevadas na *condição humana* e no *mindfulness* (tamanho do efeito da diferença grande e médio, respetivamente).

Face às diferenças de género estatisticamente significativas, procedeu-se a análises de regressão hierárquica múltipla com objetivo de controlar estatisticamente o efeito do género, em que se colocou a variável género no primeiro passo da equação da regressão. Em todas as análises de regressão efetuadas, o género não se revelou um preditor significativo, pelo que se realizaram as restantes análises estatísticas na totalidade da amostra.

**Tabela 2. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N= 53) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de *d* de Cohen.**

	Total (N=53)		Masculino (n=17)		Feminino (n=36)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Auto-aversão</b>									
Cognitivo-Emocional (MSDS)	17.36	11.73	11.18	9.08	20.28	11.80	-2.81	.007	-.86
Ativação Defensiva (MSDS)	19.89	13.22	15.41	8.75	22.00	14.51	-2.05	.046	-.55
Evitamento (MSDS)	8.15	3.98	7.29	3.67	8.56	4.10	-1.08	.286	
Exclusão (MSDS)	2.36	2.79	2.29	2.39	2.39	2.99	-.11	.909	
<b>Facetas de Mindfulness</b>									
Observar (FFMQ)	23.49	6.26	24.71	4.58	22.92	6.89	.97	.336	
Descrever (FFMQ)	23.55	7.62	23.59	6.18	23.53	8.29	.03	.979	
Agir com Consciência (FFMQ)	22.85	7.44	24.29	6.63	22.17	7.79	.97	.336	
Não Julgar (FFMQ)	20.34	6.58	22.00	6.16	19.56	6.71	1.27	.210	
Não Reagir (FFMQ)	18.09	4.76	18.76	3.83	17.78	5.16	.70	.486	
<b>Autocompaixão</b>									
Calor/Compreensão (SELFCS)	11.94	3.92	12.94	3.86	11.47	3.92	1.28	.206	
Condição Humana (SELFCS)	10.23	3.33	12.00	2.15	9.39	3.47	2.84	.006	.90
Mindfulness (SELFCS)	10.13	2.85	11.47	2.70	9.50	2.73	2.46	.017	.73
Autocrítica (SELFCS)	18.06	4.14	16.47	3.95	18.81	4.06	-1.97	.054	
Isolamento (SELFCS)	14.53	4.09	13.59	4.02	14.97	4.11	-1.15	.254	
Sobreidentificação (SELFCS)	15.23	3.14	14.18	3.24	15.72	3.00	-1.71	.094	
<b>Sintomatologia Borderline</b>									
BPQ (total)	35.79	16.01	34.24	17.47	35.53	15.49	-.48	.631	

**Nota.** MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness; SELFCS = Escala da Autocompaixão; BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*.

### 3.3 Análises de correlação

Para se estudar a associação entre a sintomatologia *borderline*, a auto-aversão, o *mindfulness* e a autocompaixão realizaram-se análises de correlação para explorar a grandeza das associações entre as variáveis supramencionadas (cf. tabela 3).

#### A Sintomatologia *Borderline*, a Auto-aversão e o Mindfulness

Os traços *borderline* de personalidade (BPQ) e os componentes da auto-aversão (MSDS) correlacionam-se de forma significativa ( $p \leq .01$ ), e no sentido esperado da associação. Mais especificamente, os coeficientes obtidos entre a sintomatologia *borderline* e as componentes *ativação defensiva*, *evitamento* e *exclusão* da auto-aversão são moderados. Relativamente à componente *cognitivo-emocional* da auto-aversão a correlação com a sintomatologia *borderline* é elevada e positiva. Estes dados sugerem que níveis elevados de sintomatologia *borderline* estão associados a níveis elevados de auto-aversão. No que concerne ao *mindfulness*, a sintomatologia *borderline* (BPQ) correlacionou-se de forma significativa, com uma magnitude baixa e no sentido esperado com as facetas *descrever* e *agir com consciência* e com a faceta *não julgar*, de forma moderada.

A componente *cognitivo-emocional* (MSDS) correlacionou-se de forma significativa ( $p \leq .01$ ) e negativa com a faceta *não julgar* (magnitude moderada) e com a faceta *agir com consciência* (magnitude baixa). O coeficiente de correlação entre a componente *ativação defensiva* (MSDS) e a faceta *não julgar*, foi significativo ( $p \leq .01$ ), negativo e de magnitude moderada. A correlação entre a componente *evitamento* (MSDS) e as facetas *descrever* e *agir com consciência* (FFMQ) foi significativo ( $p \leq .05$ ), negativa e com uma magnitude baixa.

**Tabela 3. Matrizes de correlação de Pearson entre a sintomatologia *Borderline* (BPQ), a Auto-aversão, o Mindfulness (FFMQ) e a Autocompaixão (SELFCS).**

Variáveis	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1. Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	.72**	.59**	.60**	.59**	.02	-.36**	-.38**	-.57**	-.12	-.40**	-.36**	-.45**	.64**	.63**	.64**
2. Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)		.70**	.72**	.60**	.07	-.18	-.36**	-.53**	-.12	-.35**	-.42**	-.36**	.74**	.61**	.61**
3. Auto-aversão (MSDS; Ativação Defensiva)			.57**	.62**	.21	-.06	-.21	-.49**	.03	-.18	-.22	-.17	.50**	.33*	.33*
4. Auto-aversão (MSDS; Evitamento)				.50**	-.03	-.35*	-.29*	-.26	-.06	-.32*	-.48**	-.29*	.61**	.54**	.45**
5. Auto-aversão (MSDS; Exclusão)					.10	-.29*	-.12	-.39**	.26	-.23	-.10	-.12	.41**	.37**	.27*
6. Observar (FFMQ)						.30*	-.01	-.05	.41**	.35*	.37**	.28*	-.01	-.15	-.18
7. Descrever (FFMQ)							.15	.04	.15	.38**	.36**	.39**	-.23	-.30*	-.31*
8. Agir com Consciência (FFMQ)								.36**	.24	.05	.10	.05	-.35*	-.45**	-.42**
9. Não Julgar (FFMQ)									.17	.19	.13	.19	-.62**	-.46**	-.58**
10. Não Reagir (FFMQ)										.50**	.47**	.50**	-.31*	-.23	-.43**
11. Calor/Compreensão (SELFCS)											.77**	.74**	-.51**	-.44**	-.40**
12. Condição Humana (SELFCS)												.73**	-.56**	-.40**	-.53**
13. Mindfulness (SELFCS)													-.46**	-.40**	-.54**
14. Autocrítica (SELFCS)														.76**	.83**
15. Isolamento (SELFCS)															.84**
16. Sobreidentificação (SELFCS)															

**Nota.** \*\* $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$ . BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness; SELFCS = Escala da Autocompaixão.

### **A Sintomatologia *Borderline*, a Auto-aversão e a Autocompaixão**

A correlação entre a sintomatologia *borderline* (BPQ) e as subescalas da autocompaixão (SELFCS) mostrou-se significativa ( $p \leq .01$ ). Numa análise mais detalhada, o coeficiente de correlação entre a sintomatologia *borderline* e (1) a faceta *condição humana* foi negativo e com uma magnitude baixa; (2) as facetas *calor/compreensão* e *mindfulness* foi moderado e negativo; e (3) com as facetas *autocriticismo*, *isolamento* e *sobreidentificação*, foi moderado e positivo.

A componente *cognitivo-emocional* (MSDS) correlacionou-se significativamente ( $p \leq .01$ ) com todas as subescalas da autocompaixão (SELFCS). Relativamente às componentes *calor/compreensão* e *mindfulness*, a correlação foi moderada e negativa; à *condição humana* foi baixa e negativa e às componentes *autocrítica*, *isolamento* e *sobreidentificação* foi moderada e positiva. A correlação entre a *ativação defensiva* (MSDS) e a *autocrítica* (SELFCS) foi significativa ( $p \leq .01$ ), moderada e positiva. Relativamente à correlação entre a *ativação defensiva* e as subescalas *isolamento* e *sobreidentificação* da SELFCS, o coeficiente de correlação foi significativo ( $p \leq .05$ ), positivo e de magnitude baixa. A componente *evitamento* (MSDS) correlacionou-se de forma significativa ( $p \leq .01$ ), moderada e negativa com a *condição humana* (SELFCS), e de forma positiva, significativa ( $p \leq .01$ ) e moderada com *autocrítica*, *isolamento* e *sobreidentificação* (SELFCS). Com as subescalas *calor/compreensão* e *mindfulness* (SELFCS), a componente *evitamento* (MSDS) correlacionou-se de forma significativa ( $p \leq .05$ ), negativa e com uma magnitude baixa.

### **Mindfulness e Autocompaixão**

As facetas *observar* e *descrever* (FFMQ) correlacionaram-se significativamente de forma baixa e no sentido esperado com as subescalas *condição humana, calor/compreensão* e *mindfulness* (SELFCS). A correlação entre a faceta *agir com consciência* (FFMQ) foi significativa ( $p \leq .01$ ) com as facetas *isolamento e sobreidentificação* (SELFCS), com coeficientes de correlação negativos e de magnitude baixa. A faceta *não julgar* (FFMQ), em relação às subescalas *isolamento, autocrítica e sobreidentificação* (SELFCS), correlacionou-se significativamente ( $p \leq .01$ ) de forma moderada e negativa ( $p \leq .01$ ). Relativamente à faceta *não reagir* (FFMQ), esta correlacionou-se significativamente ( $p \leq .01$ ) com as facetas *condição humana, calor/compreensão* e *mindfulness* (SELFCS) de forma moderada e positiva; e com a *sobreidentificação* (SELFCS), de forma moderada e negativa.

### **3.4 Contribuição relativa da Auto-aversão e do Mindfulness para a predição da sintomatologia *Borderline*.**

Com o intuito de explorar a contribuição relativa da auto-aversão e do *mindfulness* para a explicação da sintomatologia *borderline* efetuou-se uma análise de uma regressão múltipla hierárquica ou por blocos, cujo resumo pode ser consultado na tabela 4. O modelo 1 ( $F_{(1,51)} = 54.19$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .51$ ), em que a auto-aversão (componente *cognitivo-emocional*;  $\beta = .72$ ;  $p \leq .001$ ) entra como variável independente, explica 51% da variabilidade da sintomatologia *borderline* (BPQ total; variável dependente).

Relativamente ao modelo 2, é possível observar que as variáveis predictoras produziram um modelo significativo,  $F_{(6,46)} = 13.31$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .59$ , na predição da sintomatologia *borderline* (cf. tabela 4). Este modelo, em que as cinco facetas do *mindfulness* entram como preditores, explica 59% da variabilidade da variável dependente. Este modelo permitiu observar que a componente *cognitivo-emocional* (da escala da auto-aversão) é um preditor significativo da VD ( $\beta = .50$ ;  $p \leq .001$ ) e que das cinco facetas de *mindfulness*, apenas as facetas *descrever* e *não julgar* contribuem significativamente para a predição da sintomatologia *borderline* ( $\beta = -.27$ ;  $p = .008$ ;  $\beta = -.27$ ;  $p = .015$ , respetivamente). Assim, as facetas *observar*, *agir com consciência* e *não reagir* não se mostraram significativas.

**Tabela 4. Modelo de regressão hierárquica múltipla para a auto-aversão (MSDS) e o mindfulness (FFMQ) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia *borderline* (BPQ; variável dependente) (N=53).**

Preditores	$\beta$	$t$	$R$	$R^2$	$R^2$ Ajustado	$F$	$p$
<b>Modelo 1</b>			.72	.52	.51	54.19	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.72	7.36					.000
<b>Modelo 2</b>			.80	.64	.59	13.31	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.50	4.58					.000
Observar (FFMQ)	.04	.40					.695
Descrever (FFMQ)	-.27	-2.76					.008
Agir com Consciência (FFMQ)	-.06	-.64					.524
Não Julgar (FFMQ)	-.27	-2.53					.015
Não Reagir (FFMQ)	.03	.25					.805

**Nota.** BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness.

### **3.5 Contribuição relativa da Auto-aversão e da Autocompaixão para a predição da sintomatologia *Borderline*.**

Para explorar a contribuição relativa da auto-aversão e da autocompaixão para a explicação da sintomatologia *borderline* realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica. A Tabela 5. apresenta o sumário do modelo de regressão e permite observar que as variáveis predictoras produziram um modelo significativo,  $F_{(7,45)} = 10.26$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .55$ , na predição da sintomatologia *borderline*.

No modelo 2 nenhum fator da escala da autocompaixão (SELFCS) se mostrou ser preditor significativo da VD. Por outro lado, as cognições e emoções de auto-aversão apareceram como preditor significativo da VD, tanto no modelo 1 ( $\beta = .72$ ;  $p \leq .001$ ) como no 2 ( $\beta = .52$ ;  $p = .001$ ).

**Tabela 5. Modelo de regressão hierárquica múltipla para a auto-aversão (MSDS) e os fatores da autocompaixão (SELFCS) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia *borderline* (BPQ; variável dependente) (N=53).**

Preditores	$\beta$	$t$	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	p
<b>Modelo 1</b>							
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.72	7.36	.72	.52	.51	54.19	.000
<b>Modelo 2</b>							
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.52	3.69	.78	.62	.55	10.26	.001
Autocrítica (SELFCS)	-.02	-.11					.915
Isolamento (SELFCS)	.13	.72					.475
Sobreidentificação (SELFCS)	.20	.87					.388
Calor/Compreensão (SELFCS)	-.04	-.23					.816
Condição Humana (SELFCS)	.20	1.20					.236
Mindfulness (SELFCS)	-.23	-1.52					.137

*Nota.* MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; SELFCS = Escala da Autocompaixão.

### 3.6 Contribuição relativa da Auto-aversão, da Autocompaixão e do Mindfulness para a predição da sintomatologia *Borderline*.

Recorreu-se a uma análise de regressão múltipla hierárquica com os preditores que se mostraram estatisticamente significativos nos modelos anteriores, para clarificar a contribuição relativa destes num mesmo modelo. Assim, esse modelo (cf. modelo 3 da Tabela 7.) mostrou-se significativo e parece contribuir para explicar 61% da variabilidade da sintomatologia *borderline* ( $F_{(4,48)} = 21.44$ ;  $p \leq .001$ ;  $R^2 = .61$ ). Como preditores significativos da VD surgiram a auto-aversão ( $\beta = .44$ ;  $p = .001$ ), a faceta

*descrever* (FFMQ;  $\beta = -.21$ ;  $p = .035$ ) e a *não julgar* (FFMQ;  $\beta = -.26$ ;  $p = .018$ ). No mesmo modelo, a contribuição explicativa da autocompaixão para a variabilidade da VD, não se mostrou significativa.

**Tabela 7. Modelo de regressão hierárquica múltipla para a auto-aversão (MSDS), a autocompaixão (SELFCS) e o mindfulness (FFMQ) (variáveis independentes) sobre a sintomatologia *borderline* (BPQ; variável dependente) (N=53).**

Preditores	$\beta$	$t$	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	p
<b>Modelo 1</b>			.72	.52	.51	54.19	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.72	7.36					.000
<b>Modelo 2</b>			.76	.57	.55	33.34	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.52	4.29					.000
SELFCS (total)	-.31	-2.56					.013
<b>Modelo 3</b>			.80	.64	.61	21.44	.000
Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.44	3.68					.001
SELFCS (total)	-.16	-1.29					.204
Descrever (FFMQ)	-.21	-2.17					.035
Não Julgar (FFMQ)	-.26	-2.45					.018

**Nota.** BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; SELFCS = Escala da Autocompaixão.

### 3.7 Influência do Mindfulness na relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia *Borderline*

#### 3.7.1 Efeito mediador das facetas *descrever* e *não julgar* da escala de *Mindfulness*

Os resultados obtidos com as análises precedentes levaram-nos a testar um modelo causal da auto-aversão (componente cognitivo-emocional) na sintomatologia *borderline* mediado pelas facetas *descrever* e *não julgar* (FFMQ). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança implementado no Software Amos (versão 20 SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis-DM<sup>2</sup> (i.e.,  $p_1$ ;  $p_2 < .05$ , como indicativo de possível outlier), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) uni e multivariada.

Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e., Sk <|3; Ku <|10; Kline, 1998). Verificou-se a presença de algumas observações extremas com valores de DM<sup>2</sup> sugestivos de possíveis observações outliers tendo-se optado pela sua manutenção, por se considerar de interesse para o fenómeno em estudo a variabilidade encontrada. A significância dos efeitos indiretos da mediação foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*. Explorou-se, de seguida, o efeito de três variáveis nos sintomas *borderline* da personalidade: auto-aversão (componente cognitivo-emocional), a faceta *descrever* e a *não julgar* do *mindfulness*. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 1) a auto-aversão é considerada uma variável exógena independente. A faceta *descrever* e *não julgar* constituem as variáveis endógenas mediadoras e os traços *borderline* de personalidade a variável endógena dependente.

A análise de trajetórias permite considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e ainda decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: (a) Efeitos diretos (relação direta entre as variáveis estimada pelo coeficiente de trajetória de uma variável para outra); (b) Efeitos indiretos ou mediadores (o efeito de uma variável faz-se sentir diretamente através de outra variável, sendo estimado pelo produto dos coeficientes de trajetória compostos, que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido); (c) Efeitos não analisados (efeitos devido a causas correlacionadas entre duas variáveis); e (d) Efeitos espúrios (efeitos devido a causas comuns de uma variável, ou seja, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável).

A soma dos efeitos diretos e indiretos (efeito total) representa uma estimativa da associação entre duas variáveis (Maroco, 2010). Como indicado pelo software Amos correlacionaram-se os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (medos da compaixão). A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respectivos valores de referência, a saber:  $\chi^2/df$ , CFI, TLI e RMSEA,  $p$  [ $rmsea \leq .05$ ] (Maroco, 2010a). O modelo causal hipotético proposto corresponde ao apresentado na figura 1.

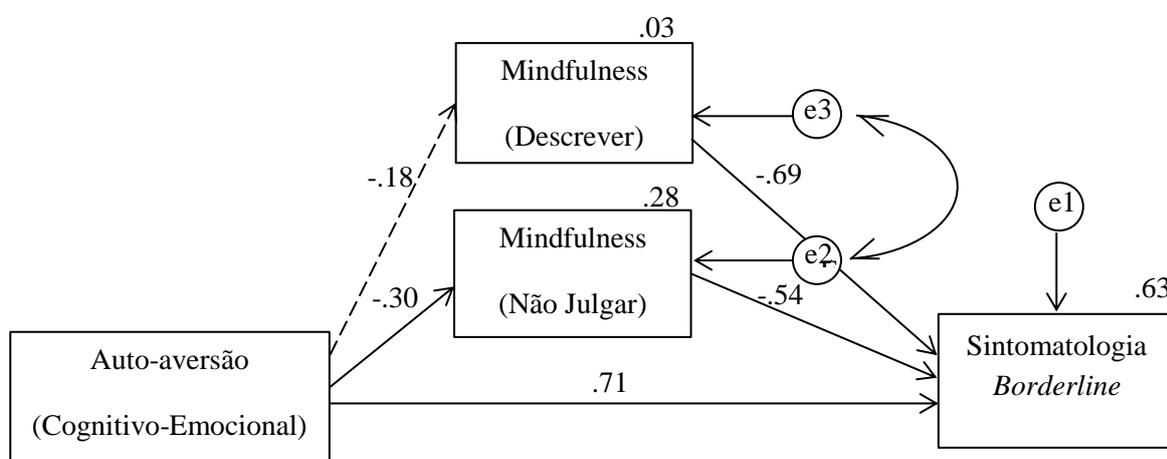


Figura 1. Modelo causal hipotético proposto de mediação das facetas *descrever* e *não julgar* da escala de *mindfulness* sobre a sintomatologia *borderline*.

Tabela 8. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo reespecificado do efeito mediador do *mindfulness*.

		Estimativas	EP	Z	p	
Mindfulness (FFMQ; Não Julgar)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	-.301	.066	-4.560	***
Mindfulness (FFMQ; Descrever)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	-.118	.089	-1.337	.181
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Auto-aversão (MSDS; Cognitivo-Emocional)	.712	.137	5.216	***
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Mindfulness (FFMQ; Não Julgar)	-.693	.242	-2.859	.004
Sintomatologia <i>Borderline</i> (BPQ)	←	Mindfulness (FFMQ; Descrever)	-.538	.178	-3.025	.002

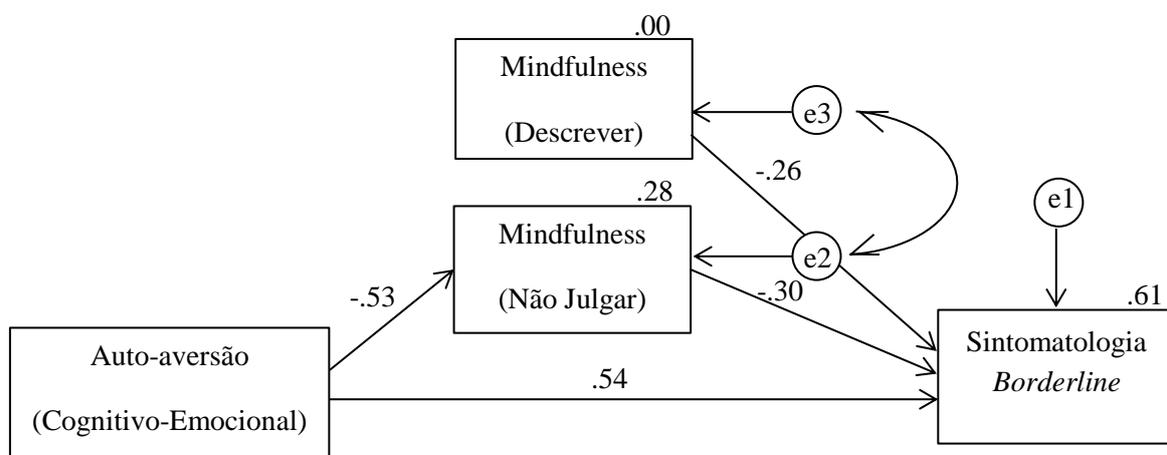
Nota. \*\*\* $p \leq .001$ . BPQ = Questionário da Personalidade *Borderline*; MSDS = Escala Multidimensional da Auto-aversão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*.

A análise das estimativas estandardizados dos coeficientes de trajetória e a respectiva significância no modelo resultou no redesenho do modelo, com a eliminação

da trajetória que não se mostrou estatisticamente significativa. A tabela 8. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória do modelo e a respetiva significância.

O modelo final ajustado explica 61% da variabilidade dos traços *borderline* da personalidade. Todas as trajetórias são estatisticamente significativas e no sentido esperado, com exceção do efeito direto das cognições e emoções de auto-aversão sobre a faceta *descrever* (FFMQ) ( $b_{descrever.auto-aversão} = -.118$ ;  $EPb = .089$ ,  $Z = -1.337$ ;  $p = .181$ ;  $\beta_{descrever.auto-aversão} = -.182$ ). Os resultados obtidos mostraram que componente cognitivo-emocional da auto-aversão apresentou um efeito total sobre a sintomatologia *borderline* de .695 com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites  $] .675; 1.182[$ , sendo estatisticamente diferente de zero para  $p = .001$ . O efeito direto das cognições e emoções de auto-aversão sobre a sintomatologia *borderline* é de  $\beta = .537$ , em que a estimativa deste efeito para um I.C. a 95% com limites  $] .333; .712[$ , é estatisticamente diferente de zero para  $p = .001$ . A componente cognitivo-emocional da auto-aversão revelou também um efeito indireto sobre os traços *borderline* da personalidade mediado pela faceta *não julgar* da FFMQ de .157 ( $\beta = -.533 \times -.295$ ), representando 23% ( $.157/.695 = .226$ ) do efeito total dos pensamentos e sentimentos de auto-aversão sobre a sintomatologia *borderline*, o que sugere que indivíduos com mais cognições e sentimentos de aversão autodirigidos, que ajuízam ou rotulam sobre a experiência interna relativa a esta emoção, têm mais sintomatologia *borderline*. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuada através de reamostragem *Bootstrap*, enquadrada para um I.C. a 95% com limites de  $] .060; .429[$ , sendo estatisticamente diferentes de zero para  $p = .001$ . Por último, foi identificado um efeito direto da faceta *descrever* (FFMQ) sobre a sintomatologia *borderline* de  $\beta = -.538$ , sendo a significância estatística enquadrada para um I.C. a 95% com limites de  $] -.917; -$

.174], sendo estatisticamente diferentes de zero para  $p=.001$ . Na Figura 2. o modelo final é apresentado, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o  $R^2$  dos traços *borderline* da personalidade. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ( $\chi^2/df = 1.759$ ,  $p = .185$ ; CFI = .988; TLI = .929; RMSEA = .121;  $p = 213$  [rmsea  $\leq .05$ ]).



**Figura 2. Modelo final de mediação das facetas descrever e não julgar da escala de *mindfulness* sobre a sintomatologia *borderline*.**

#### IV - Discussão

A PBP caracteriza-se por uma marcada instabilidade e impulsividade, comprometendo o funcionamento das relações interpessoais, do sistema emocional e do comportamental. Estudos recentes têm sugerido um importante papel da auto-aversão para a desregulação emocional da Perturbação *Borderline* da Personalidade (Rüsch et al., 2011). Por sua vez, Linehan (1993) conceptualiza a patologia *borderline* como resultante da interação de fatores genéticos e contextuais. Assim, um ambiente familiar invalidante não permite que a criança aprenda a identificar e classificar a experiência interna, nem a confiar nos seus pensamentos e emoções como respostas válidas às pistas ambientais. Deste modo, verifica-se a influência das relações de vinculação precoces na

formação e desenvolvimento fisiológico (Porges, 2007) e na (in)capacidade para a afiliação (Gilbert, 2005; Castilho, 2011). Contrariamente, experiências de vinculação e de afiliação possibilitam a vivência de segurança e influenciam as capacidades de processamento de sinais sociais e de regulação afetiva (Gilbert, 2005). A compaixão, ligada ao sistema afiliativo, tem sido associada um funcionamento psicológico adaptativo e à redução de psicopatologia (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004; Neff & Mcgehee, 2010; Lucre & Corten, 2012; Gilbert & Procter, 2006), ou seja, sugere-se que a autocompaixão tenha um impacto importante na regulação emocional. Adicionalmente, Wupperman, Neumann e Axelrod (2008) sugerem que competências pouco desenvolvidas de *mindfulness* intensificam a sintomatologia *borderline*, mais especificamente, a instabilidade na regulação emocional e nas relações interpessoais e levam à adoção de estratégias de evitamento experiencial (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005). Por outro lado, o desenvolvimento de competências de *mindfulness* revela-se essencial para a regulação emocional (McMain, Korman & Dimeff, 2001).

A revisão de literatura levou a que o presente estudo explorasse a relação entre a auto-aversão, a autocompaixão, o *mindfulness* e os traços *borderline* da personalidade, numa amostra clínica com psicopatologia da personalidade.

A estatística descritiva efetuada evidenciou pontuações médias mais elevadas na componente *cognitivo-emocional* e *ativação defensiva* (auto-aversão), no *eu inadequado* e *eu detestado* (autocriticismo) no género feminino obteve; e valores médios mais elevados no *eu tranquilizador* no masculino. Estes dados sugerem que os homens apresentaram níveis mais elevados de compaixão e calor para o *eu*, perante fracassos, mas que as mulheres tendem a ter mais cognições e emoções de repugnância para o *eu*, uma maior ativação fisiológica inerente a essas emoções, maior sensação de

inadequação e vontade de magoar ou punir o *eu* perante fracassos. Os dados vão na mesma linha que a maioria dos estudos realizados em amostras clínicas e não clínicas, com indivíduos adultos, onde se verificou mais vergonha, depressão, autocrítico e ruminação nas mulheres (Castilho, 2011; Gilbert et al, 2004; Nolen- Hoeksema et al, 1999; Neff, 2003).

O estudo correlacional apresentou as relações hipotetizadas e no sentido esperado, assim, a sintomatologia *borderline* mostrou-se positivamente correlacionada com a auto-aversão, mais especificamente, foi possível observar que o coeficiente de correlação de Pearson entre a sintomatologia *borderline* e a componente *cognitivo-emocional* foi o mais expressivo. Estes resultados sugerem que indivíduos com comportamentos impulsivos e com instabilidade emocional, relacional e de identidade tendem a apresentar uma relação com o *eu* pautada por pensamentos e sentimentos de ódio, desprezo, raiva e repugnância, aliados a uma motivação de exclusão desses aspetos negativos do *eu*. Estes dados vão na mesma linha dos poucos estudos prévios que evidenciaram a relação entre a auto-aversão e a PBP (Ille et al., 2014; Rüsçh et al., 2011).

Das correlações entre a sintomatologia *borderline*, a auto-aversão e as facetas de *mindfulness*, salienta-se a correlação negativa com a faceta *não julgar*, pois foi a mais expressiva. Este resultado sugere a associação entre níveis elevados de instabilidade, impulsividade e uma relação com o *eu* marcada por repugnância, com níveis reduzidos de não julgamento, ou seja, uma atitude de não ajuizamento perante pensamentos ou imagens perturbadores parece estar associada a menos auto-aversão e a menos traços *borderline* da personalidade. Este dado é concordante com um recente estudo de Yu e Clark (2015) em que a associação mais expressiva encontrada foi também entre a faceta *não julgar (mindfulness)* e o total da escala (BPQ). Embora o estudo mencionado

anteriormente tenha sido efetuado numa amostra não clínica, e o presente estudo tenha sido realizado numa amostra clínica, os resultados parecem reforçar a associação existente entre reduzidas atitudes de não julgamento e elevados níveis de traços *borderline*, independentemente da presença ou ausência de psicopatologia.

A correlação entre a sintomatologia *borderline* (BPQ) e as subescalas da autocompaixão (SELFCS) mostrou-se significativa, moderada e no sentido esperado, indicando que níveis elevados de traços *borderline* se associam a níveis reduzidos de sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para com o *eu*. Este resultado é concordante com as conceptualizações teóricas sobre a PBP, pois parece apontar para a importância de se crescer num ambiente invalidante (Linehan, 1993), por um lado, e para as dificuldades de aceder ao sistema de afiliação/tranquilização (Gilbert, 2005), por outro, em indivíduos com traços *borderline*. O crescimento num ambiente de maus tratos, negligência e abuso, dos quais os traços *borderline* são fruto (Linehan, 1993), parece ter condicionado o desenvolvimento do sistema de *soothing*, levando a que estes indivíduos dificilmente consigam estabelecer uma atitude positiva e calorosa para com o *eu*, ou seja, autotranquilizarem-se (Gilbert, 2005). De salientar que as correlações entre as componentes da auto-aversão e as subescalas da autocompaixão foram, de modo geral, também significativas e no sentido esperado. Este resultado sugere que níveis elevados de repugnância para com o *eu*, ativação fisiológica, comportamentos que visam esconder ou evitar aspetos do *eu* percecionados como repugnantes se associam a níveis reduzidos de calor, compreensão, cuidado e autotraquilização. Este dado, muito pouco investigado, parece confirmar previsões teóricas de um funcionamento e ligação destes dois constructos a sistemas de regulação emocional distintos (Gilbert, 2005). Deste modo, a auto-aversão associa-se ao sistema de ameaça, e a autocompaixão, ao sistema afiliativo, funcionando estes alternadamente. Por outro lado, podemos refletir

sobre estes dados à luz da teoria biossocial (Linehan, 1993). Dado que se considera que crescer num contexto invalidante e negligente é um fator importante para a génese da patologia *borderline*, pode se ter aprendido de forma deficitária a compreensão, o calor, a tolerância e a responsividade perante sinais de sofrimento, por estas respostas serem infrequentes no ambiente de crescimento da criança. No entanto, estando presentes negligência, humilhação e abuso, provavelmente se pode ter internalizado esse tipo de relação, sendo visível nos adultos com PBP níveis elevados de auto-aversão a níveis reduzidos de autocompaixão.

As correlações entre a autocompaixão e o *mindfulness*, de um modo geral, demonstram uma associação significativa e no sentido esperado entre a maioria das suas componentes. Assim, níveis elevados de autocompaixão tendem a associar-se a níveis elevados de *mindfulness*, ou seja, atitudes de calor, compreensão, não julgadoras e não críticas associam-se a abertura à experiência, à observação do que ocorre interna e externamente, sem reação e sem sobreidentificação, este dado é interessante, e aponta para a associação destes dois constructos, tão importantes para a saúde psicológica (Brown & Ryan, 2003; Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2003; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Gilbert & Procter, 2006; Lucre & Corten, 2012).

Com o intuito de explorar a contribuição relativa da auto-aversão e do *mindfulness* para a explicação da sintomatologia *borderline* efetuou-se uma análise de uma regressão múltipla hierárquica. O primeiro modelo testado, foi significativo e as cognições e moções de auto-aversão explicaram 51% da sintomatologia *borderline*. A presença de pensamentos e emoções de auto-aversão parecerem explicar mais de metade da variância da sintomatologia *borderline*, revela-se um dado inovador e promissor para a compreensão das texturas internas desta patologia. Além disso, este

dados faz todo o sentido pela vivência interna de nojo, raiva, aversão e ódio com que os indivíduos com estes traços ou patologia sentem a experiência externa e sobretudo interna (visão do eu). No segundo modelo, foi possível observar que as variáveis preditoras produziram um modelo significativo na predição da sintomatologia *borderline* a explicar 59% da variabilidade da sintomatologia *borderline*. Este modelo permitiu observar que a componente *cognitivo-emocional* (da escala da auto-aversão) é um preditor significativo da VD e que das cinco facetas de *mindfulness*, apenas as facetas *descrever* e *não julgar* contribuem significativamente para a predição da sintomatologia *borderline*. Este dado é inovador, pois é o primeiro estudo que explora o papel explicativo da auto-aversão nos traços *borderline* da personalidade em conjunto com as distintas facetas do *mindfulness*. Estes salientam a importância da presença de sentimentos e emoções de nojo para com o eu, aliados a uma atitude de ajuizamento da experiência para a predição da sintomatologia *borderline*.

Para se compreender melhor a contribuição relativa da auto-aversão e da autocompaixão para a explicação da sintomatologia *borderline* realizou-se uma análise de regressão múltipla hierárquica. As cognições e emoções de auto-aversão apareceram como preditor significativo da variável dependente, tanto no modelo 1 como no 2. No modelo em que os fatores da escala da compaixão entram como preditores, nenhum se mostrou preditor significativo da sintomatologia *borderline*. Este dado é interessante, e não era esperado, no entanto parece reforçar o robusto papel preditivo que a auto-aversão desempenha na explicação dos traços *borderline* da personalidade.

Recorreu-se a uma análise de regressão múltipla hierárquica com os preditores que se mostraram estatisticamente significativos nos modelos anteriores e com o total da autocompaixão, para clarificar a contribuição relativa destes num mesmo modelo. Assim, esse modelo mostrou-se significativo e parece contribuir para explicar 61% da

variabilidade da sintomatologia *borderline*. Numa análise mais detalhada, como preditores significativos da variável dependente surgiram as cognições e emoções de auto-aversão (como preditor mais expressivo), a faceta *descrever* e a *não julgar* (FFMQ). Em contraste, a contribuição explicativa da autocompaixão para a variabilidade da VD, não se mostrou significativa, o que evidenciou o que as análises precedentes mostraram: um papel importante e central das cognições de auto-aversão, bem como das competências de descrição e não ajuizamento da experiência, para a predição dos traços *borderline*.

Tendo por base os resultados obtidos nas análises anteriores, estabeleceu-se a hipótese das facetas *descrever* e *não julgar* da escala do *mindfulness* mediar a relação entre a auto-aversão e a sintomatologia *borderline*. Para isso, propôs-se um modelo explicativo dos traços *borderline*, com o recurso ao modelo de análises de trajetórias (Path Analysis), em que o objetivo principal era testar a hipótese de que o efeito da auto-aversão sobre os traços *borderline* é mediado pelas facetas *descrever* e *não julgar* do *mindfulness*. A análise estatística utilizada permitiu considerar em simultâneo a influência de todas as variáveis exógenas (i.e., auto-aversão), nas variáveis endógenas (i.e., sintomatologia *borderline* e as facetas *descrever* e *não julgar* do *mindfulness*) e decompor os diferentes tipos de efeitos, distinguindo os efeitos diretos e os efeitos indiretos das associações obtidas.

Após se eliminar a única trajetória não significativa (efeito direto da auto-aversão na faceta *descrever* da escala do *mindfulness*), chegou-se ao modelo final que explicou 63% da variabilidade da sintomatologia *borderline*. Os resultados obtidos permitiram identificar um efeito direto da auto-aversão na sintomatologia *borderline* e um efeito indireto parcialmente mediado pela faceta *não julgar* da escala de *mindfulness* (23% do efeito total dos pensamentos e sentimentos de auto-aversão sobre a

sintomatologia *borderline*). Isto sugere que a faceta *não julgar* (*mindfulness*) medeia parcialmente o efeito dos pensamentos e sentimentos de auto-aversão nos traços *borderline*. Estes dados são inovadores e parecem indicar que uma atitude julgadora e ajuizadora perante a experiência e vivência das cognições e emoções de auto-aversão intensifica a sintomatologia *borderline*.

### **Limitações e estudos futuros**

Os resultados deste estudo parecem constituir um acréscimo importante e inovador à compreensão dos mecanismos através dos quais a auto-aversão influencia a sintomatologia *borderline*. Contudo, algumas limitações metodológicas devem ser tidas em consideração. A primeira limitação prende-se com a natureza transversal do estudo, não permitindo por isso a inferência de relações de causalidade. Outra limitação advém da utilização de medidas de autorresposta, pela possibilidade de maior subjetividade dos dados recolhidos, pelo efeito de deseabilidade social, e até de evitamento do conteúdo dos itens e dos constructos que as medidas medem. Adicionalmente, a sinalização dos participantes do estudo foi realizada por psicólogos e psiquiatras experientes responsáveis pelo processo terapêutico, no entanto, por restrições de tempo não foi possível proceder-se a uma confirmação do diagnóstico pelos autores, com a passagem de entrevistas clínicas estruturadas. Como forma de colmatar esta limitação inerente às medidas de autorrelato, consideramos que seria interessante que investigações futuras tivessem uma natureza longitudinal, e que recorressem a entrevistas clínicas tanto para confirmar o diagnóstico, como para a recolha das variáveis em estudo. Outra limitação é o reduzido tamanho da amostra pelo que sugerimos a replicação futura deste estudo em amostras maiores, e com diferentes quadros clínicos. Por fim, seria interessante explorar estas variáveis e a sua expressão e contribuição em doentes com PBP, analisando cada um dos sintomas *borderline* em particular (eg, autodano, vazio, abandono).

### **Implicações clínicas**

A clarificação de que a relação entre a auto-aversão e a sintomatologia *borderline* pode operar através da faceta *não julgar* do *mindfulness* pode ter importantes implicações clínicas. Deste modo, intervenções que visem o desenvolvimento de uma atitude de não julgamento sobre a experiência interna podem ser pertinentes para o tratamento de Perturbação *Borderline* da Personalidade. Nesta linha, os resultados obtidos salientam que exercícios e técnicas de *mindfulness*, que visem especificamente o desenvolvimento e o treino de competências de não julgamento, e a inclusão destes exercícios nos protocolos terapêuticos, pode ser benéfico. Para além disto, o facto de se terem encontrado correlações negativas entre a autocompaixão e tanto a sintomatologia *borderline* como também a auto-aversão, leva-nos a considerar que seria importante recorrer a terapias que levassem ao desenvolvimento de compaixão e, conseqüentemente, acesso ao sistema de *soothing*, possibilitando o desenvolvimento de uma relação positiva, compreensiva e calorosa com o *eu*, e conseqüentemente reduzir estados emocionais associados ao processamento de ameaça.

### **V - Bibliografia**

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição* (DSM – 5). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, J., Castilho, P., & Palmeira, L. (2015). Emotional memories and borderline symptomatology: how do they relate and what's the role of decentering? *Journal of personality disorders*. Manuscrito submetido.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13,27-45.

- Beauchaine et al., (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, 735–770.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in Relation to Quality of Life, Mood, Symptoms of Stress, and Immune Parameters in Breast and Prostate Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581
- Carreiras, D., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. “The toxicity of the self: Development and exploratory factor analysis of the Multidimensional Self-Disgust Scale (MSDS)” Master’s thesis, University of Coimbra, 2014.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*. 54, 203-230.
- Castilho, P. “Modelos de relação interna, Autocriticismo e Autocompaixão: Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia”. Doctoral dissertation, University of Coimbra, 2011.
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O’Leary, K. M., Leibenluft, E., & Rubinow, D. R. (1991). Mood variability. A study of four groups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1505-1511.
- Farmer, R. F., & Nelson-Gray, R. O. (1995). Anxiety, impulsivity, and the anxious fearful and erratic dramatic personality disorders. *Journal of Research in Personality*, 29, 189-207.

- Fossati, A., et al. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 206–215.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal ‘social’ conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and selfcriticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 75,263-325.
- Gregório, S. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de Mindfulness: Características Psicométricas de um Instrumento de Avaliação. *Psychologica*. 54, 259-280.
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Armientov, J. (2014). A Laboratory Examination of Pain Threshold and Tolerance Among Nonsuicidal Self-Injurers With and Without Self-Punishing Motivations. *Archives of Scientific Psychology*, 2, 33–42.
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and Processing as Predictors of Symptom Change and Positive Growth in an Integrative Therapy for Depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 111-122.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Hooley, J.M., & St Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*, 2, 297–305.

- Ille, R. et al. (2014). Self-disgust in mental disorders – symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938–943.
- Joffe, R. J., Pearson, L., & Welch, L. (1966). Conceptual impulsivity and inductive reasoning. *Child Development*, 37, 583-594.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M. et al., (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 784-788. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.784>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lucre, K., & Corten, N. (2012). An exploration of group compassion - focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 353-465.
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101, 16369–16373.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- McMain, S., Korman, L., & Dimeff, L., (2001) Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 183-196.

- Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., & McQuillan, A. (2010). Assessment of Mindfulness with French Version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in Community and Borderline Personality Disorder Samples. *Assessment*, 17, 197-205.
- Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L., & Simpson, J. (2008). Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *Emotion*. 8(3), 379-385.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H., (2001) A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42,482-487.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4<sup>th</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmermann, M., & Stangl, D. (1986). Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 21-34.
- Poreh, A. M. et al. (2006). The BPQ: a Scale for the Assessment of Borderline Personality based on DSM-IV Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 247-260.

- Porges, S.W. ( 2007) The polyvagal perspective . *Biological Psychology*, 74 ( 2 ) , 116–143.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (2008). Disgust. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions (757-776)*. New York: The Guilford Press.
- Rüsch, N., Schulz, D., Valerius, G., Steil, R., Bohus M. & Schmahl, C. (2011) Disgust and implicit self-concept in women with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261, 369-376.
- Schore , A.N. ( 1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* , 8 ( 1 ) , 59 – 87 .
- Specia, M., Carlson L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622
- Stiglmayr, C., Grathwol, T., Linehan, M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 372-379.
- Stone, M. H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 299–313.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do Deficits in Mindfulness Underline Borderline Personality Features and Core Difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22, 466-482.

Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with Borderline Personality Disorder Traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 693-696.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911–1918.