



UC/FPCE_2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***Bullying* e comportamentos autolesivos não suicidários na
adolescência**

Maria Teresa Ramos Fernandes Pereira (e-mail: teresa_rfp@hotmail.com)

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

**O papel da tendência para ser vitimizado e do autocrítico nos
comportamentos autolesivos não suicidários nos adolescentes**

Autores

Teresa Pereira ^{1*}

Paula Castilho, Ph.D ^{1,2}

Filiação

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
de Coimbra

²Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental
(CINEICC)

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

Maria Teresa Ramos Fernandes Pereira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

E-mail: teresa_rfp@hotmail.com

Resumo

A autolesão não suicida (ANS) na adolescência tem sido foco de interesse pela comunidade clínica e de investigação, pelo seu crescimento exponencial nos últimos anos. Em serviços de saúde mental, a prevalência de ANS é consideravelmente superior, existindo inúmeros estudos que mostram que 40% a 60% dos adolescentes com psicopatologia manifestam ANS. As razões pelas quais os indivíduos se envolvem em ANS difere de pessoa para pessoa e múltiplas motivações podem coexistir. Extensa literatura tem contribuído para a identificação de fatores de risco e de manutenção, distais e proximais, na emissão dos ANS. O presente estudo pretende dar um contributo explorando a relação entre *bullying*, perfeccionismo, autocrítico e comportamentos autolesivos não suicidários, em adolescentes. Para além disso, pretendeu-se estudar o papel mediador do autocrítico na relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros (*bullying*) e a ANS. A amostra incluiu 271 adolescentes, 105 do género masculino (38.7%) e 166 do género feminino (61.3%), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sem psicopatologia. Todos os participantes preencheram os instrumentos de autorresposta em análise. Foram encontradas diferenças significativas entre os géneros no autocrítico e os resultados das correlações foram de encontro ao que era esperado. A análise de mediação revelou que a relação entre a *tendência para ser vitimizado* e a ANS foi parcialmente mediada pelo autocrítico. Os dados sugerem, assim, que a experiência de vitimização pelos outros e o estilo de processamento interno focado em cognições negativas auto-avaliativas vulnerabilizam os adolescentes para a manifestação de ANS. O impacto destas experiências relacionais negativas e a autorrelação interna devem ser incluídos no tratamento dos comportamentos autolesivos não suicidários, nos adolescentes. Desta forma, a terapia focada na compaixão parece constituir uma abordagem terapêutica segura e promissora para intervir nos comportamentos autolesivos não suicidários.

Palavras-chave: autolesão não suicida (ANS); *bullying*; perfeccionismo; autocrítico; adolescência.

Abstract

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in adolescence has been object of a growing interest by the clinical and academic community, not least because of the exponential growth of such disorder in recent years. NSSI prevalence is considerably higher among individuals with psychopathology, with numerous studies estimating that as much as 40 to 60% of all adolescents in such conditions reveal NSSI behaviour. The reasons that lead adolescents with psychopathology to develop self-harm differ from one individual to the next, and multiple causes may co-exist. Extensive current literature has helped in identifying distal and proximal causes as well as risk factors associated with NSSI. The present study aims at being a valuable contribution, exploring the relationship between bullying, perfectionism, self-criticism and non-suicidal self-injury in adolescents. Also it intends to study the role played by self-criticism in the link between NSSI and the tendency to be victimized by others (bullying). The sample comprised the responses of 271 adolescents, 105 male (38.7 %) and 166 female (61.3%), ages between 12 and 18 years old, with no psychopathology. All participants completed self-report instruments under analysis. Significant differences between genders were found regarding self-criticism and the correlations met the expected results. The mediation analysis revealed that the connection between tendency to be victimized and NSSI was partially mediated by self-criticism. Data suggests that the experience of victimization by others and the style of internal processes focused in negative self-evaluations leave adolescents more vulnerable to NSSI. Both the impact of these negative relational experiences and the internal self-relation should be taken into consideration in the treatment of NSSI by adolescents. Thus, therapy focused on compassion seems to constitute a safe and promising therapeutic approach to self-harm behaviour.

Key-words: Non-Suicidal Self-injury (NSSI); bullying; perfectionism; self-criticism; adolescence.

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Castilho por todos os conhecimentos transmitidos, pela exigência que me fez crescer e pela amabilidade que apaziguou os meus receios.

Ao Instituto Educativo de Souselas, à Escola Secundária de Adolfo Portela de Águeda, à Escola Secundária José Estêvão de Aveiro e à Escola Secundária Dr. Mário Sacramento de Aveiro que abriram as portas e permitiram que a recolha de amostra fosse possível. E, naturalmente, a todos os adolescentes que fizeram parte da nossa amostra pois sem eles este estudo não seria possível; e aos professores: Lúcia Correia, Vítor Oliveira, Teresa Grancho e Luísa Flores, por terem facilitado a comunicação com cada escola e conselho executivo.

Ao meu grupo de tese, o qual foi um verdadeiro grupo de apoio e entreajuda.

Aos meus amigos e colegas de curso, aos “zezos”, pelo companheirismo e amizade. À Dani, Adriana Dias, Adriana Brites, Bernardo, Rúben e Lau.

Aos meus amigos do CUMN e ao CUMN por ter sido uma casa para mim, neste percurso que já deixa saudade. Obrigado pela amizade, ensinamentos e mil experiências que me proporcionaram. Esta casa, em que conheci tantos amigos, e que foi o meu porto seguro em Coimbra.

À Inês, à Maria e à Bé por se fazerem sempre presentes com toda a alegria, motivação, partilha e amizade.

Aos gambozinos pela união e alegria. Por serem o melhor exemplo de gratuidade e, sem dúvida, amigos para a vida.

À Cris e à Mi por terem sido as melhores companheiras de casa que já tive em Coimbra.

À minha família, aos meus pais e irmãos que desde sempre me acompanharam e apoiaram.

Ao Nuno, por ser o meu maior apoio e exemplo de bom coração.

Índice

Enquadramento conceptual	1
Objetivos	8
Metodologia	9
Resultados	15
Discussão	21
Conclusões	30
Bibliografia	31

I-Enquadramento conceptual

A adolescência é um período desenvolvimental, e de transição entre a infância e a idade adulta, em que ocorrem importantes mudanças e desafios ao nível cognitivo, físico e psicossocial (Hasking, Andrews, & Martin, 2013; Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Esta etapa desenvolvimental é considerada uma fase de grande vulnerabilidade para comportamentos de autolesão não suicida (ANS), os quais se iniciam, tipicamente, entre os 12 e os 16 anos de idade (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011). A ANS é um ato auto-infligido e deliberado, que implica uma lesão na superfície corporal, que não tem como propósito consciente a morte, que perturba o funcionamento fisiológico e psicológico do indivíduo e que não é social ou culturalmente aceite (American Psychiatric Association, 2014; Klonsky et al., 2011). É um comportamento também cada vez mais frequente nos adolescentes para lidar com emoções aversivas, com o intuito de inibi-las ou controlá-las (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Williams & Bydalek, 2007), com uma prevalência que varia, a nível mundial, entre os 10% e os 40% (Cerruti, Manca, Presaghi, & Gratz, 2011; Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Segundo alguns estudos, os comportamentos autolesivos não suicidários são mais prevalentes no género feminino (Giletta et al., 2012; Laye-Gindhu & Shonert-Reichl, 2005), enquanto que outros indicam que não há diferença entre géneros (Cerutti et al., 2011; Hawton et al., 2012). Várias têm sido as razões encontradas para explicar este tipo de atos, as mais comuns visam: reduzir um intenso mal-estar emocional, dormência, distrair de emoções e de uma intensa solidão (Castille et al., 2007; Favazza & Rosenthal, 1993), libertar raiva ou tensão, castigar o *self*, ganhar controlo ou para dissociação (Klonsky &

Glenn, 2008). Portanto, quando se comete autolesão não suicida pretende-se eliminar/distrair de uma dor emocional com uma dor física, que é mais facilmente compreendida e cuja capacidade para lidar é maior (Gratz & Chapman, 2009). As formas mais comuns de ANS são cortar-se a si próprio (o mais comum, 70% a 97% entre aqueles que cometem ANS), bater em si mesmo (entre 21% a 44%), beliscar-se, morder-se e arranhar-se (Ross & Heath, 2003).

Os comportamentos autolesivos não suicidários podem ser vistos de diferentes perspetivas consoante o modelo etiológico que se utilize. Segundo o modelo de dissociação, a ANS ocorre para interromper um episódio de dissociação em que o indivíduo se encontra, permitindo-lhe voltar a ligar-se ao *eu* através da visualização de sangue ou da dor física. Segundo o modelo sistémico, a ANS é encarada como um pedido de ajuda, uma chamada de atenção ou como uma tentativa de se ser levado mais a sério (Klonsky & Glenn, 2008). Segundo o modelo de regulação emocional, a ANS surge como uma estratégia para aliviar o afeto negativo (Klonsky & Glenn, 2008; Mikolajczak, Petrides, & Hurry, 2009). Indivíduos que cresceram em meios instáveis, onde as estratégias de *coping* para lidar com os problemas são escassas, possuem menos capacidades de regulação emocional e, por isso, utilizam a ANS como uma estratégia maladaptativa de regulação emocional (Klonsky & Glenn, 2008). Por sua vez, para o modelo de auto-punição/hostilidade, a ANS surge devido a uma incapacidade de o sujeito expressar raiva e hostilidade abertamente (Klonsky & Glenn, 2008; Ross & Heath, 2003). A não expressão destas emoções gera acumulação de tensão a qual pode ser aliviada por ANS, ato que por sua vez, poderá conduzir a uma visão do *self* como negativa e má (Castilho, Pinto-Gouveia, & Bento, 2010). A forma como os comportamentos autolesivos não suicidários reduzem o afeto negativo é ainda desconhecida, levando investigadores a supor que talvez se deva a uma libertação de opióides endógenos os quais conduzem a uma insensibilidade à dor (Klonsky

& Glenn, 2008; Klonsky et al., 2011). Segundo Nunes (2013), indivíduos que cometem ANS utilizam o corpo para comunicar algo que lhes é difícil de articular pelos modos convencionais. Assim, independentemente da perspectiva etiológica com que se encara a ANS, pode afirmar-se que os indivíduos que a cometem, cometem-na com um objetivo, uma finalidade, isto é, esperam um resultado concreto do seu comportamento (Nock & Prinstein, 2004).

Experiências de stress têm implicações no bem-estar, na qualidade das relações interpessoais e na forma como o adolescente lida consigo próprio e com os outros (Papalia et al., 2001). Na adolescência, o indivíduo experimenta novas estratégias de *coping* para responder aos desafios do meio (Hasking et al., 2013), estando experiências de stress com o grupo de pares (e.g., *bullying*, rejeição, assédio, vitimização e conflito) associadas à depressão, à vergonha e a comportamentos autolesivos não suicidários (Aslund, Nilsson, Starrin, & Sjober, 2007; Claes, Baetens, Van de Vem, & Witteman, 2015; Giletta et al., 2012; Rigby, 2007). Uma dessas experiências é o *bullying* o qual se caracteriza por ser um ato agressivo e indesejado que ocorre, essencialmente, entre crianças e adolescentes com idade escolar, e no qual há um real ou percebido desequilíbrio de poder entre um agressor e uma vítima (Hughes, 2014). O comportamento é repetido frequentemente ou tem potencialidade para ser repetido (Smith, 2003). É normal, por vezes, crianças e adolescentes não serem amáveis nem respeitosos uns com os outros porém tal, por si só, não é considerado *bullying* (Frisén, Jonsson, & Person, 2007). É necessária a presença de três elementos para o comportamento ser considerado *bullying*: (1) a intenção de causar medo ou mal, (2) ser repetitivo, (3) ser perpetuado por uma pessoa que exerce algum tipo de poder sobre outra pessoa que se subjeta a esse poder (Hughes, 2014). Pode expressar-se de variadas formas: bater, pontapear, (*bullying* físico), insultar ou ameaçar (*bullying* verbal), ou ainda pela rejeição e exclusão do grupo de pares (Olweus, 2001; Orpinas, Horne, &

Staniszewski, 2003). Diversos estudos comprovaram que o *bullying* atua como um marcado e pervasivo fator de risco para as vítimas, gerando nestas mais pensamentos e/ou comportamentos suicidários e mais sintomas depressivos (Frisén et al., 2007; Hawton et al., 2012; Hughes, 2014). Estudos com adolescentes revelaram que as vítimas de *bullying* adotam frequentemente vários comportamentos de ANS, sendo o abuso de álcool e drogas os mais comuns (Harlow & Roberts, 2010; Hawton et al., 2012; Xavier, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2015). Os consumos parecem ser estratégias de *coping* que os sujeitos adotam para lidar com os estados emocionais negativos que experienciam (Rivers, Potteat, Noret, & Ashurst, 2009). Porém, apesar de desinibirem os sujeitos e criarem uma tolerância à dor, conduzem à manutenção e agravamento dos seus estados de humor negativos (Silva & Pinheiro, 2010). De entre as vítimas de *bullying* podem-se distinguir dois tipos: as vítimas provocativas, ou de alto conflito, e as vítimas passivas ou de baixo-conflito (Lutzker, 2006). As primeiras são simultaneamente consideradas vítimas e provocadoras, pois são agressivas para com os outros mas ineficazes em impor-se nos conflitos (Silva & Pinheiro, 2010). Caracterizam-se pela sua impulsividade em reagir a provocações e por terem comportamentos provocativos e perturbadores, os quais suscitam, por sua vez, a provocação por parte de outros (Silva & Pinheiro, 2010). Contrariamente, as vítimas passivas ou de baixo-conflito como se mostram mais submissas e ansiosas em situações de *bullying*, tornam-se alvos fáceis por não se defenderem e não serem assertivas na interação com os pares (Lutzker, 2006). No entanto, qualquer vítima de *bullying* está mais vulnerável a um conjunto de consequências negativas, as quais dependem da frequência e da intensidade do *bullying* bem como das características pessoais e sociais da vítima (Frisén et al., 2007; Silva & Pinheiro, 2010). Dentre essas consequências destacam-se depressão, baixa autoestima, queixas psicossomáticas, enurese, insónias, perda de apetite e sentimento de

solidão (Lutzker, 2006; Rigby, 2007). Segundo a literatura, as vítimas podem mesmo adotar, por vezes, comportamentos violentos contra si ou contra os outros, tendo um risco mais elevado de cometer suicídio (Hawton et al., 2012).

Segundo alguns autores, sujeitos que sofreram violência física e/ou psicológica na infância tornam-se mais vulneráveis a experienciarem não só baixa autoestima, mas também receio de serem avaliados negativamente pelos outros (Hewitt et al., 2002). O perfeccionismo surge, assim, quando o sujeito é envergonhado ou quando é exposto a maus tratos psicológicos (Hewitt et al., 2002). Segundo os mesmos autores, as vítimas de maus tratos adotam como estratégia de *coping* uma atitude perfeccionista com o intuito de evitar ou minimizar futuros abusos e a possibilidade de serem rejeitadas pelo seu grupo de pares. Perfeccionismo revela-se um construto multidimensional composto, segundo o modelo de Hewitt e Flett (1991), por três dimensões: a) perfeccionismo auto-orientado, que estabelece padrões excessivamente elevados de realização com o próprio, para que este seja perfeito e não cometa falhas; b) perfeccionismo socialmente prescrito, dimensão interpessoal no qual o sujeito tenta alcançar as expectativas perfeccionistas que considera que os outros estabelecem para si; c) perfeccionismo orientado para os outros que implica expectativas irrealistas de perfeccionismo por parte destes. O perfeccionismo representa um processo transdiagnóstico e a associação entre perfeccionismo e depressão é bastante frequente, podendo o primeiro contribuir para o desenvolvimento e manutenção da segunda (Cox & Enns, 2003; Maloney, Egan, Kane, & Rees, 2014; O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2010). Segundo Hewitt e Flett (1991), são essencialmente as dimensões do perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito que mais contribuem para estados depressivos. Tal acontece pois comportamentos perfeccionistas podem gerar stress devido ao seu auto *focus* nos aspetos negativos do comportamento do próprio indivíduo, proporcionando

pouca satisfação consigo próprio e marcado autocrítico (Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997). Desta forma, considera-se que o autocrítico é a característica mais patológica do perfeccionismo (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006; Gilbert & Irons, 2009; James, Verplanken, & Rimes, 2015). De facto, indivíduos com perfeccionismo tendem a apresentar maiores níveis de ruminação, depressão, ansiedade e mais vulnerabilidade a comportamentos autolesivos não suicidários (Hoff & Muehlenkamp, 2009; White, Trepal-Wollenzier, & Nolan, 2002).

À luz do modelo evolucionário e da teoria das mentalidades sociais, o autocrítico é conceptualizado como um produto da evolução que atua na experiência interna segundo modelos similares aos de processamento de estímulos externos (Gilbert, 2000). Tal significa que o modo como o indivíduo se critica é semelhante ao modo como se relaciona com os outros, com quem estabelece papéis de *dominante-subordinado* (Amaral, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2010). O autocrítico é, assim, comum à condição humana e caracteriza-se por um diálogo interno duro, de auto-condenação e de autoavaliação negativa (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a). Pode focalizar-se em vários aspetos do *eu* como o aspeto físico, características da personalidade bem como comportamentos e pensamentos (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2005). É normalmente ativado em situações em que os indivíduos consideram que fracassaram em algo que para eles era importante, estabelecendo uma relação *eu-eu* em que uma parte do *eu* condena e aponta defeitos e a outra submete-se às críticas (Gilbert, 2000; Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons, 2004; Whelton & Greenberg, 2005). Especificamente Gilbert e colaboradores (2004) sugerem que as formas e funções do autocrítico podem reflectir as competências adquiridas que regulam relações externas. Existem, assim, diferentes formas de autocrítico e diferentes funções. Os três tipos de formas apontadas pelo autor são: o *eu inadequado*, o *eu detestado* e o *eu tranquilizador*.

Estas formas podem ter como funções auto-correção, auto-perseguição e auto-tranquilização (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2005). A função de auto-correção tem como propósito fazer com que o indivíduo não cometa erros e que melhore, de forma a não repetir erros ou falhas (Gilbert et al., 2004). Na auto-punição, o *eu* tem ódio a si mesmo e um desejo muito grande de eliminar certas partes de si que considera negativas, chegando por vezes a recorrer à ANS de forma a destruir essas características negativas (Gilbert et al., 2004). Para além disto, a literatura tem demonstrado que o autocrítico tem uma relação direta com o afeto negativo, isto é, quanto maior for a frequência e intensidade do primeiro, maior a severidade do segundo (Amaral et al., 2010; Freitas, 2011). O autocrítico está frequentemente associado à psicopatologia, sendo considerado por vários autores como um marcador de vulnerabilidade para a depressão (Blatt, 2004; Gilbert et al., 2004). Para além disso, associa-se a relações interpessoais pobres (Amaral et al., 2010). No entanto, segundo Greenberg, Elliot e Foerster (1990), não é tanto o autocrítico em si que poderá ser o mais importante na vulnerabilização da depressão, mas a forma como o indivíduo lida com ele e com as suas cognições negativas, que poderão conduzir a um sentimento de inferioridade perante um outro dominante e humilhador. Adicionalmente, tem sido provado que experiências adversas na infância e adolescência poderão também conduzir a psicopatologia (Castilho, Pinto-Gouveia, & Amaral, 2010; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003; Gilbert & Irons, 2005). De facto, indivíduos que consideraram ter tido experiências com sujeitos altivos e humilhadores, revelaram-se mais autocríticos e mais vulneráveis à sintomatologia depressiva (Amaral et al., 2010). Vários estudos, de amostras clínicas e não clínicas, em adultos e adolescentes (Hawton et al., 2012; Klonsky et al., 2011; Marshall, Tilton-Weaver, & Stattin, 2013; McMahon, Reulbach, Keely, Perry, & Arensman, 2012; Kaes et al., 2013; Kokoulina & Fernández, 2014; Xavier,

Cunha, & Pinto-Gouveia, 2015), têm mostrado que experiências de vida negativas na infância (e.g., negligência, pouco afeto, abuso físico, vitimização de *bullying* e sobretudo de abuso sexual) encontram-se associadas frequentemente a comportamentos autolesivos não suicidários, pautados por psicopatologia (e.g., depressão, ansiedade) e por processos maladaptativos (e.g., autocrítico).

II- Objetivos

Partindo da informação explicitada acima e da extensa investigação na área, percebe-se que a ANS encontra-se associada ao afeto negativo (e.g., depressão, ansiedade, vergonha) (Gratz & Chapman, 2009; Xavier et al., 2015; Xavier, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2016) e a experiências negativas e indutoras de stress com os pares (*bullying, vitimização pelos outros*) (Hawton et al., 2012; Kaes et al., 2013). Por outro lado, os traços perfeccionistas mostram exercer um importante papel no sofrimento emocional e relacional dos adolescentes, sobretudo a componente autocrítica inerente à visão, expectativas e comportamentos perfeccionistas (Caelian, 2005; O'Connor et al., 2010). Adicionalmente, uma relação interna pautada por cognições de desvalorização, de punição e de avaliação negativa leva a uma maior vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert et al., 2004; Freitas, 2011; Castilho, Pinto-Gouveia, & Bento, 2010; Xavier et al., 2016), em particular para a depressão e ANS (Castilho et al., 2010; Klonsky & Glenn, 2008). Contudo, o processo mediacional envolvido na relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e os comportamentos autolesivos não suicidários continua por explorar, nos adolescentes. Neste sentido, a tendência para ocultar e não revelar as imperfeições e para ser autocrítico, quando as coisas não correm bem ou quando falhamos, poderão funcionar como mediadores importantes, especificamente na adolescência. Para este efeito definiu-se um estudo de natureza transversal. Este estudo

apresenta três objetivos principais: (1) explorar a relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros, o perfeccionismo, o autocrítico e a ANS em adolescentes; (2) analisar o papel preditor das variáveis em estudo na variável critério, e finalmente (3) testar o efeito mediador do autocrítico na relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e a ANS.

III- Metodologia

3.1 Participantes

No presente estudo, foi utilizada uma amostra de 271 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, de ambos os sexos. Os adolescentes frequentavam o ensino básico do 3º ciclo (7º ao 9º ano) e o ensino secundário (10º a 12º) de várias escolas da região centro do país. A amostra foi constituída por 105 adolescentes (38.7%) do género masculino, com uma idade média de 16.30 ($DP = 1.48$), e 166 adolescentes do género feminino (61.3%), com uma idade média de 15.72 ($DP = 1.53$). Constatou-se que o mínimo de anos de escolaridade foi de 6 e o máximo de 13 anos de escolaridade. A média de idades do total da amostra é de 15.94 ($DP = 1.53$) e a média de anos de escolaridade do total da amostra é de 9.52 ($DP = 1.38$). Todos os participantes são solteiros e estudantes. As principais características demográficas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características Demográficas da Amostra em estudo (N = 271)

	Masculino (n= 105)		Feminino (n= 166)		Total (N = 271)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	16.30	1.48	15.72	1.53	15.94	1.53
Anos de Escolaridade	9.80	1.25	9.34	1.43	9.52	1.38

3.2. Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de autorresposta que incluiu: folha de dados demográficos (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade), e um conjunto de escalas destinadas a avaliar os comportamentos autolesivos não suicidários (QIAIS-A), o perfeccionismo (PSPS-A), a *tendência para ser vitimizado* (PRQ) e o autocrítico (FSCRS-A).

3.2.1. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A; Carvalho et al., 2015) é um instrumento de avaliação que tem como propósito avaliar o grau de impulsividade, a presença de comportamentos autolesivos não suicidários bem como a presença de ideação suicida em adolescentes. É um questionário de autorresposta constituído por 64 itens que se dividem em quatro módulos distintos: A - Impulso (16 itens), B - Autodano (14 itens), C- Funções (31 itens) e D - Ideação-suicida (3 itens). A resposta é realizada a partir de uma escala de tipo Likert de 4 pontos, a qual vai desde *Nunca acontece comigo* (0) a *Acontece-me sempre* (3). Apenas o módulo C é de resposta nominal. Os itens 6, 9, 13 e 15 do módulo Impulso devem ser invertidos. Quanto mais alta for a pontuação, maior a presença de impulsividade, autolesão não suicida (ANS) e ideação suicida. A escala revela uma boa consistência interna para a subescala impulso ($\alpha = .80$), muito boa para a ANS ($\alpha = .91$), muito boa na subescala das funções e boa para ideação suicida ($\alpha = .82$). No presente estudo, apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .93$) para o seu total e boa para a ANS ($\alpha = .83$).

3.2.2. Escala de Autoapresentação Perfeccionista para Adolescentes (PSPS-A; Hewitt et al., 2003; versão portuguesa para adultos por Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2009; versão portuguesa para adolescentes por Pereira & Salvador, 2015) é uma escala de autorresposta que pretende avaliar as três subescalas da

autoapresentação perfeccionista: (1) a *autopromoção perfeccionista* (10 itens) que mede a necessidade, vontade de parecer perfeito aos outros (e.g., “Se eu parecer perfeito as outras pessoas terão uma imagem mais positiva de mim”); (2) a *ocultação das imperfeições* (10 itens), que mede a necessidade de evitar ser visto pelos outros como imperfeito (e.g., “Falhar em alguma coisa é terrível, se os outros o souberem”); (3) *não revelação das imperfeições* (7 itens) que mede a necessidade de evitar expor ou admitir aos outros que se falhou (e.g., “Tento manter as minhas falhas para mim mesmo”). A escala de resposta é do tipo Likert de 7 pontos, que varia entre 1 (*Discordo completamente*) a 7 (*Concordo completamente*).

A literatura tem fornecido suporte à estrutura fatorial, à fiabilidade e validade da PSPS tendo esta revelado boa consistência interna para as suas três subescalas (Hewitt & Flett, 1993; Hewitt et al., 2003). No que concerne à população adolescente, a medida manteve-se inalterável, quer na estrutura fatorial quer no número de itens (Pereira & Salvador, 2015). No presente estudo, obteve-se uma consistência interna muito boa para o total da escala ($\alpha = .92$), uma boa consistência para as subescalas *autopromoção perfeccionista* ($\alpha = .86$) e *ocultação das imperfeições* ($\alpha = .84$) e razoável para a subescala *não revelação das imperfeições* ($\alpha = .71$).

3.2.3. Questionário de Relações entre Pares (PRQ; Rigby & Slee, 1993; versão portuguesa por Silva & Pinheiro, 2010) é um questionário de autorresposta que visa avaliar a tendência das crianças nas relações entre os pares. A escala é composta por três subescalas: (1) *tendência para provocar os outros* (itens 16, 17, 14, 9, 11, 4), que avalia a impulsividade, o controlo e a tendência para comportamentos agressivos; (2) *tendência para ser vitimizado* (itens 18, 12, 19, 3, 8), que tal como o nome indica, mede a tendência para ser vítima, tendo em conta características como a submissão e insegurança; e (3) *tendência pro-social ou cooperativa* (5, 10, 15, 20), que avalia a

capacidade de relacionamento interpessoal e de cooperação com os outros. Adicionalmente às três subescalas, existem cinco itens de enchimento. Todos os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de 1 (*Nunca*) a 4 (*Muito Frequentemente*), e quanto mais elevada for a pontuação maior a frequência de tal comportamento. A versão portuguesa obteve um alfa de Cronbach razoável para a *tendência de provocar os outros* ($\alpha = .78$), bom para a *tendência para ser vitimizado* ($\alpha = .84$) e fraco na subescala *tendência pro-social* ($\alpha = .68$). No presente estudo, obteve-se coeficientes do alfa de Cronbach bom na *tendência para provocar os outros* ($\alpha = .80$) e na *tendência para ser vitimizado* ($\alpha = .80$) e fraco na *tendência pro-social* ($\alpha = .65$).

3.2.4. Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização para adolescentes (FSCRS-A; Gilbert et al., 2004; versão portuguesa por Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013; versão para adolescentes por Silva & Salvador, 2010) tem como objetivo perceber de que modo os sujeitos se autocriticam, auto-atacam ou, pelo contrário, se auto-tranquilizam, quando percecionam “que as coisas lhes correm mal ou falham”. A medida é constituída por 22 itens que se encontram organizados em três subescalas: *eu inadequado*, que avalia como é que o sujeito se comporta e se sente em situações de fracasso, dificuldade ou erro (e.g., “Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a)”); *eu tranquilizador* que mede a capacidade do *eu* se auto tranquilizar, reconfortar e ter compaixão para consigo próprio (e.g., “continuo a gostar de quem sou”); e, por fim, o *eu detestado* que avalia a auto-repugnância ou ódio e comportamentos autodestrutivos em situações de fracasso ou erro (e.g., “Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a)”). É um questionário de autorresposta em que os itens são respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos, que vai de 0 (*Não sou assim*) a 4 (*Sou extremamente assim*). Quanto maior a pontuação, maiores os níveis de autocriticismo e autotranquilização. Relativamente à consistência

interna, no estudo da versão original obtiveram alfas de Cronbach entre .86 e .90 (Gilbert et al., 2004); na versão portuguesa para adultos os alfas foram .89 para o *eu inadequado*, .87 para o *eu tranquilizador* e de .72 para o *eu detestado* (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015). A versão portuguesa para adolescentes teve apenas um reafreseamento de alguns itens, para facilitar a compreensão por parte destes. Nesta versão, a consistência interna revelou-se muito boa para o *eu inadequado* ($\alpha = .90$), boa para o *eu tranquilizador* ($\alpha = .86$) e razoável para o *eu detestado* ($\alpha = .75$), indicando uma boa fidedignidade deste instrumento. No presente estudo, optou-se pelo compósito autocriticismo (soma das subescalas *eu detestado* e *eu inadequado*) no qual a consistência interna se revelou muito boa ($\alpha = .90$).

3.3. Procedimento

Numa primeira fase, foi explicado aos conselhos executivos qual o tema e objetivos da presente investigação. Todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo, da natureza voluntária da sua participação, bem como da garantia de confidencialidade e do anonimato no tratamento dos dados, tomando conhecimento dos mesmos através da leitura de um consentimento informado. Foram também entregues consentimentos informados aos encarregados de educação dos adolescentes, de forma a obter as assinaturas de autorização que permitissem a sua participação na investigação. Após a obtenção das autorizações e respetivos consentimentos informados, os participantes preencheram o protocolo de questionários de autorresposta, no contexto de sala de aula. A investigadora esteve presente, permitindo, assim, que fossem esclarecidas dúvidas antes do preenchimento da bateria de questionários. Foram considerados como critérios de exclusão: (i) presença de défices cognitivos, (ii) não preenchimento da bateria de questionários, (iii) preenchimento incompleto e (iv) uma clara

incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas.

3.4. Estratégia Analítica

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com recurso ao *software* IBM SPSS (versão 22.0) e com a macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2013). O estudo teve um desenho transversal.

A consistência interna de todas as medidas em estudo foi estimada através do coeficiente alfa de Cronbach. Os valores de referência considerados foram os estipulados por Pestana e Gageiro (2005), que consideram um alfa de Cronbach inferior a .60 inadmissível, entre .60 e .70 fraco, entre .70 e .80 razoável, entre .80 e .90 bom e superior a .90 muito bom.

Com o propósito de comparar a média amostral de dois grupos independentes, recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram devidamente analisados (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010). Calculou-se ainda o tamanho do efeito das diferenças com recurso ao *d* de Cohen, tendo-se utilizado como valores de referência os estipulados por Cohen (1988), (i.e., valores de *d* são considerados pequenos se $.20 \leq d \leq .50$, médios se $.50 \leq .80$, e grandes se $d \geq .80$).

Posteriormente, realizaram-se correlações de Pearson e consideraram-se como referência os critérios propostos por Pestana e Gageiro (2005) para avaliação das suas magnitudes (i.e., associações muito baixas entre as variáveis para valores inferiores ou iguais a .20; correlações baixas para um valor entre .21 e .39; correlações moderadas entre .40 e .69; entre .70 a .89 elevadas; superior a .90 muito elevadas).

De seguida, realizaram-se modelos de regressão múltipla hierárquica e linear para analisar a contribuição do género, do

autocriticismo, do perfeccionismo e da *tendência para ser vitimizado* pelos outros nos comportamentos de ANS. Para tal, foram analisados os pressupostos para a utilização deste teste: a linearidade, a homocedasticidade, a autocorrelação e a normalidade dos resíduos, a independência dos erros (valor de 1.924 do teste Durbin-Watson) e a multicolinearidade entre as variáveis (VIF <5) (Field, 2013).

Por último, pretendeu-se explorar o possível efeito mediador do autocriticismo na relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e os comportamentos de ANS. Para o efeito, conduziu-se uma mediação simples (modelo 4; Hayes, 2013), através do PROCESS (Hayes, 2013). A significância dos efeitos indiretos foi analisada com recurso ao método de reamostragem *Bootstrap*. Este tipo de análise clarifica o estilo de mediação postulado por Baron e Kenny (1986) e constitui um desenvolvimento recente ao teste de significância Sobel para os efeitos indiretos (Preacher & Hayes, 2004, 2008). A vantagem associada ao método de reamostragem *Bootstrap* prende-se com um maior poder estatístico e controlo do erro Tipo I (Preacher & Hayes, 2004). A estimativa *bootstrap* do efeito indireto (*boot*) baseou-se, neste caso, em 2000 amostras, sendo que o valor *boot* não nos confirma a presença (ou não) de mediação, somente o respetivo intervalo de confiança [IC] 95%. De facto, a interpretação dos dados de *bootstrapping* é realizada caso o zero não esteja contido nos ICs de 95%. Ou seja, não contendo zero verifica-se um efeito indireto (mediação).

IV - Resultados

4.1 Análise preliminar dos dados

A análise da normalidade das variáveis realizou-se através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e a análise do enviesamento em relação à média pelas medidas de assimetria e de achatamento. As variáveis em estudo não apresentaram graves enviesamentos (valores

de *skewness* entre -1.638 e 13.212; valores de *kurtosis* entre -1.281 e 132.970) ($Sk < |3|$ e de $Ku < |10|$; Kline, 2011). Uma vez que a amostra tem um $n \geq 30$, recorreu-se a testes paramétricos pela sua robustez face a violações à normalidade das variáveis. Efetuou-se também a análise dos *outliers*, através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis), o que permitiu identificar alguns valores extremos, os quais foram mantidos visto que não interferem com as análises estatísticas realizadas (Tabachnick & Fidell, 2007).

4.2 Estatística descritiva

A significância das diferenças nas variáveis em estudo, no que respeita ao género, foi avaliada com o teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes. Foram calculados os valores das médias e desvios-padrão para todas as variáveis, em estudo, bem como os valores da estatística *t*.

Segundo o teste *t*-Student, existem diferenças significativas entre os grupos no que respeita ao autocriticismo. Tendo o género feminino obtido pontuações médias mais elevadas, tal sugere que este é mais autocrítico em situações de fracasso ou de erro, relativamente ao género masculino. A magnitude da diferença entre géneros é baixa ($d = -.39$). No entanto, dada a existência de diferenças entre géneros na variável autocriticismo (FSCRS-A), controlou-se o efeito de género com recurso a uma análise de regressão múltipla hierárquica. Os resultados obtidos mostraram que, apesar do género ser um preditor significativo do autocriticismo (FSCRS-A), quando as restantes variáveis preditoras são introduzidas no modelo (perfeccionismo e *tendência para ser vitimizado*, PRQ), para se analisar a sua contribuição na variância da ANS, o género não apresenta qualquer significância estatística. Por este motivo, realizaram-se as restantes análises estatísticas na amostra total.

Quadro 2

Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N =271) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo

	Total (N = 271)		Masculino (n = 105)		Feminino (n = 166)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
FSCRS-A								
Autocriticismo	20.01	11.04	17.48	9.95	21.61	11.42	-3.05	.002
PSPS-A								
Autopromoção perfeccionista	38.71	12.01	39.43	11.29	38.25	12.45	.79	.430
Ocultação imperfeições	38.71	12.01	40.16	11.26	42.67	12.28	-1.69	.091
Não revelação das imperfeições	24.75	7.48	23.93	7.81	24.21	8.32	-.27	.784
QIAIS-A								
ANS	.75	2.02	.57	1.84	.86	2.13	-1.13	.261
PRQ								
Tendência para ser vitimizado	7.01	2.43	7.26	2.33	6.85	2.48	1.35	.178

Nota: Autocriticismo = compósito da escala FSCRS-A (Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização para Adolescentes); Autopromoção perfeccionista = subescala da escala PSPS-A (Escala de Autoapresentação perfeccionista para adolescentes); Ocultação imperfeições= subescala da escala PSPS-A; Não revelação das imperfeições= subescala da escala PSPS-A; ANS = subescala da escala QIAIS-A (Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência); Tendência para ser vitimizado = subescala da escala PRQ (Questionário de Relações entre Pares); ANS = Autolesão Não Suicida.

4.3 Análises de correlação

De forma a analisar a relação entre a ANS (QIAIS-A), a *tendência para ser vitimizado* (PRQ), o autocriticismo (FSCRS-A) e as subescalas do perfeccionismo (PSPS-A), realizaram-se correlações de Pearson entre estas variáveis. As correlações obtidas entre as seis variáveis vão ao encontro ao que era expectável, tanto na sua significância como no sentido da relação (cf. Quadro 3).

A subescala *tendência para ser vitimizado* (PRQ) mostrou-se associada, no sentido esperado, com magnitudes de correlação baixas com as subescalas *ocultação das imperfeições* ($p \leq .01$) e *não*

revelação das imperfeições ($p \leq .01$); e muito baixa com a *autopromoção perfeccionista* ($p \leq .05$), medidas pela PSPS-A. Com a ANS (QIAIS-A), a subescala *tendência para ser vitimizado* (PRQ) correlaciona-se de forma significativa ($p \leq .01$), baixa e positiva. A correlação entre a *tendência para ser vitimizado* e o autocrítico (FSCRS-A) também se revelou estatisticamente significativa ($p \leq .01$), baixa e positiva.

O coeficiente de correlação entre a subescala *ocultação das imperfeições* (PSPS-A) e a ANS (QIAIS-A) revelou-se positivo e significativo ($p \leq .05$), mas de associação muito baixa. A subescala *não revelação das imperfeições* (PSPS-A) correlaciona-se também de forma estatisticamente significativa, baixa e positiva com a ANS ($p \leq .01$). Relativamente à *autopromoção perfeccionista*, esta não revelou associação com a ANS. Os resultados sugerem, assim, que níveis mais elevados de ANS estão associados a autoapresentação perfeccionista (PSPS-A), de forma mais relevante com a *ocultação das imperfeições* e com a *não revelação das imperfeições*.

Por sua vez, nas subescalas *ocultação das imperfeições* e *não revelação das imperfeições* (PSPS-A) obtiveram-se correlações positivas, significativas ($p \leq .01$) e de magnitude moderada com o autocrítico. A subescala *autopromoção perfeccionista* correlacionou-se com o autocrítico de forma também significativa ($p \leq .01$) e positiva mas com uma magnitude baixa. A análise dos resultados indica que níveis elevados de perfeccionismo estão associados a níveis elevados de autocrítico.

Os resultados obtidos mostraram, ainda, que o autocrítico (FSCRS-A) e a ANS (QIAIS-A) apresentam correlações baixas, positivas e significativas ($p \leq .01$). O que parece indicar que níveis elevados de autocrítico se associam a níveis elevados de comportamentos autolesivos não suicidários (ANS).

Quadro 3

Correlações de Pearson das variáveis em estudo

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1.Tendência para ser vitimizado	-					
2. ANS	.29**	-				
3.Ocultação das imperfeições	.24**	.16*	-			
4.Não Revelação das imperfeições	.26**	.23**	.62**	-		
5.Autopromoção perfeccionista	.14*	.03	.68**	.62**	-	
6.Autocriticismo	.34**	.37**	.46**	.47**	.31**	-

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. Tendência para ser vitimizado = subescala da escala PRQ (Questionário de Relações entre Pares); ANS (Autolesão Não Suicida) = subescala da escala QIAIS-A (Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida para Adolescentes); Ocultação das imperfeições = subescala da PSPS-A (Escala de Autoapresentação perfeccionista para adolescentes); Não Revelação das Imperfeições = subescala da PSPS-A; Autopromoção perfeccionista = subescala da PSPS-A; Autocriticismo = compósito da escala FSCRS-A (Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização para Adolescentes).

4.4 Estudo dos preditores da ANS

Tendo em conta as correlações obtidas entre a ANS e as restantes variáveis, pretendeu-se estudar a contribuição relativa da *tendência para ser vitimizado* (PRQ) pelos outros, do perfeccionismo (e suas subescalas) e do autocriticismo nos comportamentos de ANS. Para o efeito, realizou-se uma regressão múltipla hierárquica para controlar o efeito de género. Devido aos dados obtidos no estudo correlacional, decidiu-se retirar a subescala *autopromoção perfeccionista* da PSPS-A, por não se mostrar associada com a variável dependente (ANS).

Com base na análise do Quadro 5, pode-se observar que o modelo de regressão linear múltipla mostrou-se significativo, contribuindo em 16% para a predição da VD ($\Delta R^2 = .159$; $F(4, 266) = 13.75$; $p \leq .001$). Os resultados revelam também que só a *tendência para ser vitimizado* ($\beta = .18$; $p = .003$) e o autocriticismo ($\beta = .30$; $p =$

.000) é que se revelaram significativos, ao contrário das subescalas *ocultação das imperfeições* e *não revelação das imperfeições*, da escala autoapresentação perfeccionista para adolescentes.

Quadro 5

Modelo de Regressão Linear Múltipla para analisar o efeito exercido pela tendência para ser vitimizado (VI), pela preocupação em ocultar as imperfeições (VI) e em não revelar as imperfeições (VI) e pelo autocrítico (VI) na ANS (VD)

Preditores	ΔR^2	β	F	t	p
Modelo Global	.159		13.75		.000
Tendência para ser vitimizado		.18		3.01	.003
Ocultação das imperfeições		-.08		-1.14	.257
Não revelação das imperfeições		.09		1.22	.224
Autocrítico		.30		4.52	.000

Nota: Tendência para ser vitimizado = subescala da escala PRQ (Questionário de Relações entre Pares); Ocultação das imperfeições = subescala da escala PSPS-A (Escala de Autoapresentação Perfeccionista para Adolescentes); Não revelação das imperfeições = subescala da escala PSPS-A; Autocrítico = compósito da escala FSCRS-A (Formas do Autocrítico e de Autotranquilização para Adolescentes).

4.5 Análise de Mediação

Explorou-se, de seguida, o efeito mediador do autocrítico na relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e os comportamentos de ANS (Autolesão Não Suicida).

Como se pode observar pela figura, a *tendência para ser vitimizado* mostra-se significativamente associada com o autocrítico ($B = 1.55$, $SE = .26$, $p < .001$), explicando 12% da sua variância, $F(1, 269) = 35.09$, $p < .001$. Por sua vez, a *tendência para ser vitimizado* encontra-se relacionada significativamente com a ANS, revelando um efeito total significativo ($B = .24$, $SE = .05$, $p < .001$) e um efeito direto também significativo ($B = .15$, $SE = .05$, $p = .002$). Verifica-se uma associação significativa entre o autocrítico e a ANS ($B = .06$, $SE = .01$, $p < .001$). E pode-se ainda observar um efeito

indireto significativo da *tendência para ser vitimizado* pelos outros através do autocrítico na ANS (*point estimate* = .09, *SE* = .03, IC de 95% [.042, .166]). A *tendência para ser vitimizado* e o autocrítico explicam 17% da variância da ANS, $F(2, 268) = 26.59$, $p < .001$. Mais ainda, o PROCESS permite testar os efeitos totais, diretos e indiretos utilizando o *bootstrapp* com 95% de IC. Tanto o efeito total ($B = .24$, $SE = .05$, $p < .001$), como o efeito direto ($B = .15$, $SE = .05$, $p < .01$) e o indireto foram significativos.

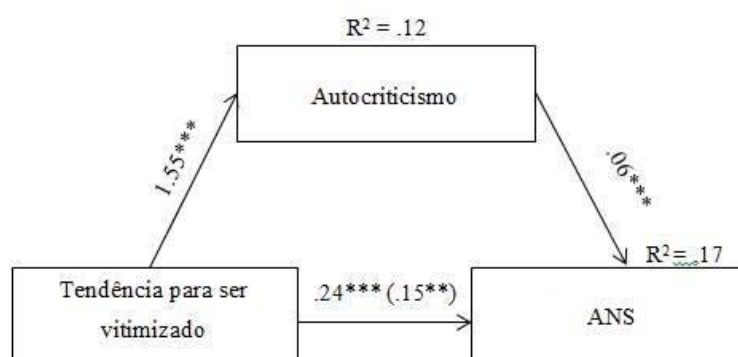


Figura 1. Diagrama estatístico do modelo de mediação simples da associação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e os comportamentos de ANS, através do autocrítico.

Nota: Os valores das trajetórias representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na ligação entre a *tendência para ser vitimizado* e a ANS, o valor fora de parêntesis representa o efeito total da *tendência para ser vitimizado* na ANS. O valor dentro dos parêntesis representa o efeito direto da *tendência para ser vitimizado* na ANS, depois da inclusão do mediador. ANS = Autolesão Não Suicida. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

V- Discussão

A incidência dos comportamentos autolesivos não suicidários (ANS) em adolescentes tem aumentado nos últimos anos (Jacobson & Gould, 2007; Ross & Heath, 2003; Williams & Bydaleck, 2007). Deve-se a uma variedade de fatores intrapessoais, interpessoais e contextuais (Klonsky et al., 2011). Muitos estudos têm contribuído para a compreensão da patoplastia dos comportamentos autolesivos não suicidários, quer em amostras clínicas e não clínicas, quer em

adultos ou adolescentes (Hawton et al., 2012; Klonsky et al., 2011; Marshall, Tilton-Weaver, & Stattin, 2013; Xavier, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2015). É comumente aceite, na literatura, o contributo de determinados fatores distais de risco (e.g., elevada reactividade cognitiva e emocional) e proximais (e.g., stressores interpessoais) para a ocorrência de ANS, e para a sua manutenção a longo prazo (Hankin & Abela, 2011).

O presente estudo pretende contribuir para o estado da arte relativamente aos comportamentos autolesivos não suicidários na adolescência, analisando o efeito mediador do autocrítico na relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e os comportamentos de ANS. Os objetivos a que o estudo se propôs foram alcançados e podem-se destacar alguns resultados importantes.

Os resultados obtidos na realização do teste *t* indicaram apenas diferenças de género no autocrítico, o que indica que as raparigas são mais autocríticas do que os rapazes em situações de fracasso ou erro. Este resultado é corroborado pela literatura, visto que a maioria dos estudos indica que as raparigas são mais autocríticas, têm mais vergonha, mais psicopatologia e mais comportamentos de ANS, quer em amostras de adolescentes (Giletta et al., 2012; Hawton et al., 2012; Xavier et al., 2015) quer em amostras de adultos (Castilho et al., 2015; Freitas, 2011; Gilbert et al., 2004).

Como era esperado, os resultados das análises correlacionais mostraram que a *tendência para ser vitimizado* pelos outros se associa significativamente com a ANS, com o autocrítico e com as subescalas *não revelação das imperfeições* e *ocultação das imperfeições* do perfeccionismo. Dito de outra forma, os adolescentes que reportam mais experiências relacionais nas quais se sentem vitimizados pelos outros estão mais vulneráveis a adotarem comportamentos de ANS (Hawton et al., 2012; Kaes et al., 2013), são mais autocríticos e tendem a apresentar baixa autoestima e receio de serem avaliados negativamente pelos outros (Hewitt et al., 2002).

Estes dados estão de acordo com estudos prévios que enfatizaram a relação significativa entre o *bullying* (e sobretudo, o sentir-se vitimizado) e os comportamentos autolesivos não suicidários (Giletta et al., 2012; Hawton et al., 2012; MacMahon et al., 2012; Xavier et al., 2015).

De acordo com a literatura, o autocrítico surgiu também associado a comportamentos autolesivos não suicidários (Castilho et al., 2010; Xavier et al., 2016), a experiências emocionais negativas (Xavier et al., 2016) e ao perfeccionismo (Dunkley & Grilo, 2007; Gilbert et al., 2009). De facto, vários estudos evidenciaram de forma inequívoca que adolescentes com ANS são mais autocríticos, ou seja, quando ocorre alguma situação em que sentem que falharam ou que as coisas não funcionaram como queriam são mais duros e críticos consigo mesmos (Castilho et al., 2010; Freitas, 2011). O discurso interno pode focalizar-se nos erros e na inadequação do *self*, o que origina sentimentos de vergonha, diminuição e inferioridade ou, ainda, concentrar-se em sentimentos e cognições de auto-desprezo e aversão que têm por finalidade atacar, magoar e punir o eu (Gilbert & Irons, 2005; Castilho et al., 2010).

Relativamente ao perfeccionismo, se concetualizado como traço (perfeccionismo autororientado, perfeccionismo orientado pelos outros e perfeccionismo socialmente prescrito), os nossos resultados vão no mesmo sentido da literatura, que associa o perfeccionismo a vários tipos de psicopatologia (Hewitt et al., 2002). Como se trata de um construto multidimensional, Hewitt e colaboradores (2003) propõem que há uma dimensão do perfeccionismo motivada pela vontade de se mostrar aos outros como perfeito, isto é, uma autoapresentação perfeccionista. E das três subescalas de autoapresentação perfeccionista, é interessante notar que a que mais se relacionou com a ANS foi a *não revelação das imperfeições*. Assim, mais do que associado à necessidade de evitar ser visto pelos outros como imperfeito, a ANS parece relacionar-se sobretudo com a necessidade de evitar a

exposição ou admissão de falhas aos outros. Tanto quanto pudemos apurar, não existem estudos que expliquem a associação entre as subescalas de autoapresentação perfeccionista e a ANS, porém, tal como já alguns autores observaram, estas subescalas encontram-se associadas a um ajustamento pobre e a dificuldades interpessoais (Hewitt et al., 2002; McGee, Hewitt, Sherry, Parkin, & Flett, 2005). Uma possível justificação para estes dados poderá ser que as consequências do perfeccionismo a nível de psicopatologia, como a ansiedade, depressão e dificuldades interpessoais, geram afeto negativo, o qual, por sua vez é regulado pela ANS. Para além dos comportamentos de ANS, as subescalas do perfeccionismo correlacionaram-se significativamente com o *bullying* e com o autocriticismo. Uma possível explicação para estes resultados poderá residir no facto de experiências de *bullying* envergonharem o indivíduo, sujeitando-o a um maior receio de ser avaliado negativamente e ser rejeitado pelo grupo de pares. Essas experiências de stress parecem conduzir a uma auto-apresentação maladaptativa, em que os indivíduos preocupam-se em não revelar as imperfeições (evitam reconhecer erros ou falhas) e em ocultá-las (escondem ou evitam demonstrações de imperfeições) (Ferreira, 2011). E o estabelecimento de padrões demasiado elevados poderá ser uma estratégia defensiva da crítica e rejeição do grupo de pares, bem como do discurso interno autocrítico (Dunkley et al., 2006; Gilbert et al., 2006).

Especialmente relevantes são os resultados encontrados na análise de regressão linear múltipla. Apesar de não serem surpreendentes, foi possível concluir que a *tendência para ser vitimizado* e o autocriticismo são preditores significativos da variância da ANS (16%). Ou seja, o facto de o adolescente sentir-se vitimizado pelos outros e de, perante situações de fracasso e erro, autocriticar-se, leva-o a envolver-se em comportamentos autolesivos não suicidários. Atualmente, há um crescente interesse na vitimização pelos pares

como um possível precipitante de pensamentos e comportamentos autolesivos não suicidários. Esta experiência interpessoal pode gerar emoções negativas intensas, a ponto de o envolvimento em ANS funcionar como uma forma de regulação do stress vivenciado (Hawton et al., 2012; Kaes et al., 2013; MacMahon et al., 2012). Os indivíduos que cometem ANS vivenciam mais acontecimentos stressantes do que aqueles que, apesar de terem pensamentos em cometê-lo, não o cometem (Gilletta et al., 2012; Hawton et al., 2012). Uma possível justificação para este dado poderá estar na vivência de experiências negativas, pautadas por criticismo, abuso e humilhação, tal como acontece no *bullying*, as quais conduzem a respostas psicopatológicas e de stress (Cunha, Xavier, Matos, & Faria, 2015; Gilbert & Irons, 2009; Xavier et al., 2015). Segundo Gilbert (2000), e à luz da teoria do *ranking* social, indivíduos que vivem em meios ameaçadores tendem a adotar comportamentos mais submissos e evitantes de forma a fazer face às repetidas ameaças e criticismo a que estão sujeitos. No entanto, quando estas experiências são frequentes podem levar a uma conceitualização dos outros como hostis, dominantes e poderosos e a uma visão do *self* como inferior (Castilho et al., 2010). Os indivíduos tornam-se, assim, mais vulneráveis a depressões, experiências de vergonha, mal-estar psicológico e outras formas de psicopatologia (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2009; Gilbert et al., 2006; Pinto-Gouveia, Matos, Castilho, & Xavier, 2012; Xavier et al., 2016). De facto, vários estudos têm destacado o impacto negativo das experiências de *bullying* e vitimização pelo grupo de pares no envolvimento em comportamentos autolesivos não suicidários (Gilletta et al., 2012; Jutengren et al., 2011; Lereya, Samara, & Wolke, 2013; Madge et al., 2011; McMahon et al., 2012).

Também no que concerne ao contributo do autocríticismo para a ANS, os resultados obtidos são corroborados na literatura, em amostras de adolescentes e de adultos (Bieling et al., 2004; Castilho et al., 2010; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Nock & Prinstein, 2004).

Tal sugere que, apesar do perfeccionismo se encontrar associado a comportamentos de ANS, pode não ser seu preditor visto que depende do tipo e da intensidade de autocrítico que implica (Bieling et al., 2004). O autocrítico é a característica mais patológica do perfeccionismo (Dunkley et al., 2006) e é considerado um produto da evolução e, portanto, comum à condição humana (Gilbert, 2000). Caracteriza-se por um diálogo duro e autocrítico, focado em várias características do *eu* e que é normalmente ativado quando os indivíduos consideram que fracassaram (Gilbert et al., 2004; Whelton & Greenberg, 2005). Estabelece-se assim uma relação de dominante e subordinado, que vulnerabiliza o sujeito à psicopatologia e em particular à depressão (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006). De facto, níveis mais elevados de autocrítico tendem a estar associados a maiores níveis de afeto negativo (Amaral et al., 2010), o qual, por sua vez, é um fator de risco de comportamentos autolesivos não suicidários (Gilbert et al., 2009; Nock & Prinstein, 2004; Xavier et al., 2015).

Por último, a relação entre a *tendência para ser vitimizado* pelos outros e os comportamentos autolesivos não suicidários é parcialmente mediada pelo autocrítico. Na globalidade, o modelo obtido explica 17 % da variância da ANS. A mediação obtida pelo autocrítico revela-se parcial pois é possível verificar um efeito direto significativo entre a *tendência para ser vitimizado* e a ANS (mesmo na presença do mediador). Pode-se, assim, afirmar que o efeito das experiências de *bullying* (na forma de vitimização) nos comportamentos de ANS passa, parcialmente, pela presença de autoatribuições negativas, isto é, os adolescentes que se sentem vítimas pelos pares, e que possuem um estilo autocrítico, estão mais vulneráveis à ocorrência de comportamentos autolesivos não suicidários.

As experiências precoces adversas afetam o desenvolvimento, moldam e influenciam a maturação biológica, a expressão dos genes,

a regulação emocional, o comportamento interpessoal e a vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert & Perris, 2000; Perris, 1994; Schore, 1994). Os comportamentos autolesivos não suicidários têm sido associados a experiências de abuso físico e sexual, a ambientes de invalidação emocional, e a ambientes hostis e críticos com figuras significativas na infância (e.g., Xavier et al., 2015). Todavia, não é apenas a natureza das relações com os pais que explica o desenvolvimento dos comportamentos autolesivos não suicidários, as relações com o grupo de pares, na adolescência, também desempenham um papel importante e um exemplo disso são as experiências de *bullying* (Gilletta et al., 2012). Mais ainda, vários estudos têm demonstrado que a relação entre os comportamentos de ANS e a resistência prolongada à dor é mediada pelo autocrítico, e não por processos de habituação ou de dissociação (Glenn, Michel, Franklin, Hooley, & Nock, 2014). Nock e Prinstein (2004) encontraram, numa amostra clínica de adolescentes, que uma das razões para estes se envolverem em comportamentos autolesivos não suicidários era a auto-punição. Noutro estudo, Gilbert e colaboradores (2010) encontraram, numa amostra clínica de adultos, que os comportamentos autolesivos não suicidários estão associados às formas e funções do autocrítico, especialmente à função de auto-perseguição, e a outras variáveis associadas (e.g., vergonha, sentimentos de inferioridade). Outro estudo, ainda, conduzido por Castilho, Pinto-Gouveia e Bento (2010), numa amostra de adolescentes Portugueses (n = 40 da comunidade, n = 22 com psicopatologia e n = 19 com psicopatologia e comportamentos autolesivos), mostrou que os adolescentes com ANS são mais autocríticos, têm mais vergonha internalizada e sintomatologia depressiva, apresentam mais experiências dissociativas, uma vinculação mais ansiosa e evitante e, conseqüentemente, uma ligação e proximidade ao grupo social mais pobre, comparativamente aos adolescentes sem comportamentos autolesivos não suicidários e

adolescentes da comunidade. No caso específico de indivíduos diagnosticados com Perturbação Borderline da Personalidade, a presença da forma de autocrítica mais tóxica e patogénica (i.e., *eu detestado*, que diz respeito aos sentimentos de raiva e desprezo pelo eu) aumenta a probabilidade de desenvolver a condição clínica e comportamentos autolesivos não suicidários (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a). Por sua vez, Nock, Prinstein, e Sterba (2009) descobriram também que, apesar dos comportamentos de ANS surgirem num contexto de sentimentos de tristeza, de esmagamento emocional ou de medo ou ansiedade, estas emoções negativas não foram preditoras significativas da sua ocorrência. Em vez disso, foram os sentimentos de raiva e hostilidade (e.g., raiva dirigida ao *eu* e aos outros, ódio dirigido ao *eu*, sentimentos de rejeição) que se mostraram preditores significativos do episódio de ANS. Adicionalmente, o autocrítica, em muitos indivíduos com comportamentos de ANS, parece indicar que o envolvimento nestes comportamentos é, de algum, modo congruente com a sua visão negativa de si próprio e que, por isso, merecem ser castigados (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011a).

Limitações, Pontos fortes e Implicações clínicas

O presente estudo apresenta algumas limitações que deverão ser destacadas. Em primeiro lugar, como é um estudo transversal não é possível estabelecer relações causais entre as variáveis, devido à bidirecionalidade das relações. Por este motivo, investigações futuras poderiam avaliar os níveis de ANS, *bullying* e autocrítica nestes sujeitos, com desenhos longitudinais que permitam entender melhor como é que estas relações se estabelecem. Em segundo lugar, a representatividade da amostra para a população portuguesa é questionável visto que as recolhas foram realizadas apenas em escolas da região centro do país. Em terceiro lugar, a não aleatorização da amostra não permite garantir que os resultados se devam unicamente às variáveis em si, a outras variáveis disposicionais ou ao acaso. E por

fim, importa referir que consideramos que o facto de a amostra não ser clínica é também uma limitação, bem como a não utilização de outras medidas, para além das de autorrelato. A utilização de outros instrumentos de avaliação teria sido importante, e.g., entrevistas clínicas que avaliassem a ANS, por forma a minimizar enviesamentos.

Todavia, apesar destas limitações o presente estudo apresenta pontos fortes e alguns dados que consideramos inovadores. Tanto quanto é do nosso conhecimento, existem poucos estudos que investigaram a relação entre perfeccionismo, autocrítico e ANS, pelo que os dados obtidos neste estudo se mostram relevantes para o estado da arte e prática clínica.

Importa destacar algumas implicações clínicas dos resultados do presente estudo. Dado o acréscimo de comportamentos de ANS, entre os adolescentes, consideramos de extrema importância um acompanhamento terapêutico eficaz e útil. Tal acompanhamento poderá ser feito a nível de campanhas de prevenção de *bullying*, nas escolas, visto ser o espaço onde estes comportamentos agressivos mais ocorrem e onde os adolescentes frequentam grande parte do seu dia. Para além disto, a compreensão do mecanismo subjacente aos comportamentos autolesivos não suicidários poderá contribuir para um melhor planeamento das prevenções e intervenções psicológicas nos adolescentes. As terapias dos comportamentos de ANS, tal como a literatura suporta, devem ser focadas na compaixão (Freitas, 2011; Xavier et al., 2015; Xavier, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2016b). De facto, o desenvolvimento da capacidade de autotranquilização e de autocompaixão promove maiores níveis de satisfação com a vida, atenua o autocrítico e, conseqüentemente, o afeto negativo (Freitas, 2011; Gilbert, 2000). Por isto, as terapias focadas na compaixão são indicadas para indivíduos com vergonha, emoção a qual pode desempenhar um importante papel na génese e manutenção de psicopatologia, e com elevados níveis de autocrítico (Campbell & Elison, 2005). A terapia focada na compaixão estimula o sistema de

calor e afeto e promove formas alternativas e mais adaptativas de regulação do afeto, diminuindo a ativação do sistema defesa/ ameaça e aumentando a tranquilização e compaixão para com os outros e para consigo próprio, bem como a saúde mental (Gilbert, 2006; Xavier et al., 2015).

VI – Conclusões

Os comportamentos autolesivos não suicidários têm sido estudados pela comunidade clínica e de investigação, pelo seu exponencial crescimento nos últimos anos. Todavia, existem poucos estudos que tenham investigado a relação entre perfeccionismo, autocriticismo e ANS. O presente estudo constitui, assim, um importante contributo para o estado da arte e para a prática clínica, por explorar a relação entre *bullying*, perfeccionismo, autocriticismo e comportamentos autolesivos não suicidários, em adolescentes. Os dados salientam que a experiência de vitimização no grupo de pares e o estilo de processamento interno focado em cognições auto-avaliativas negativas vulnerabilizam os adolescentes para a manifestação de comportamentos autolesivos não suicidários. Desta forma, é de extrema importância um acompanhamento próximo dos adolescentes quer nas escolas, através de campanhas de prevenção ao *bullying*, quer com terapia focada na compaixão que estimula autotranquilização e proporciona estratégias alternativas e mais adaptativas de regulação emocional.

VII - Bibliografia

- Amaral, V., Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação pararte e o afecto negativo. *Psychologica*, (52-II), 271-292.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM -5)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B., & Sjöberg, R. L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 298–304. doi:10.1007/s00787-006-0564-1.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*, 36(6), 1373-1385. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00235-6
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Caelian, C. (2005). *The role of perfectionism and stress in the suicidal behaviour of depressed adolescents* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia, Colombia.
- Campbell, J. S. & Ellison, J. (2005). Shame coping styles and psychopathic personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 96-104. doi: 10.1207/s153277 52jpa8401_16
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry research*, 227(2), 238-245. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.031

- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011a). 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., & Pinto-Gouveia, J. (2011b). Auto-compassão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-compassão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-231.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Amaral, V. (2010). Recordação das Experiências de Ameaça e Subordinação na Infância e Psicopatologia: O efeito mediador do Auto-Criticismo. *Psychologica*, (52-II), 475-497.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: A sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, 52 (2), 331-359.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2013). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(2), 153-164. doi: 10.1002/cpp.1881
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S., & Howlett, B. (2007). The Early Madalaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58-71. doi: 10.1891/088983907780493340
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K.L. (2011). Prevalence of clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 337-347. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.04.004

- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Van de Ven, M., & Witteman, C. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of Child and Family Studies*, *24*, 3363–3371. doi:10.1007/s10826-015-0138-2
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *35*(2), 124-132. doi: 10.1037/h0087194
- Cunha, M., Xavier, A., Matos, M., & Faria, D. (2015). O impacto das memórias de vergonha na adolescência: A escala de Centralidade do Acontecimento. *Análise Psicológica*, *33*(4), 425-438. doi: 10.14417
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(1), 139-149. doi: 10.1016/j.brat.2006.01.017
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, *40*(4), 665-676. doi: 10.1016/j.paid.2005.08.008
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, *44*(2), 134-140. doi: 10.1176/ps.44.2.134
- Ferreira, C. (2011) *O Peso da Magreza: O corpo como um instrumenot de ranking social*. (dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2009). A necessidade de se apresentar como perfeito para os outros: Dados psicométricos

da versão portuguesa da Escala de Auto-apresentação Perfeccionista. Manuscrito em preparação.

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4^a ed.). Sage.
- Freitas, P. C. O. C. (2011). *Modelos de relação interna: autocríticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. (dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Frisén, A., Jonsson, A. K., & Persson, C. (2007). Adolescent's Perception of Bullying: Who is the Victim? Who is the Bully? What can be done to stop bullying? *Adolescence*, 42(168), 749.
- 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*. Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2006). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In N. Tarrow (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases* (pp. 81-112). Hove: Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183-200. doi: 10.1891/jcop.20.2.183
- Gilbert, P., Cheung, M., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 108-115. doi: 10.1002/cpp.359

- 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*, pp. 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences, 41*(7), 1299-1308. doi: 10.1016/j.paid.2006.05.004
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. 263-235). New York: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In 43 N. Allen (Eds.). *Psychopathology in adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P., McEwan, K., 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. doi: 0.1348/147608308X379806
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivas, A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 239-255. doi: 10.1348/147608310X526511
- Gilbert, P., & Perris, C. (2000). Early experiences and subsequent psychosocial adaptation. An introduction. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 243-245. doi: 10.1002/10990879(200010)7:4<243::AID-CPP254>3.0.CO;2-H

- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*, 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, *197*(1), 66-72. doi:10.1016/j.psychres.2012.02.009
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2483-2490. doi:10.1016/j.brat.2007.04.002
- Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry research*, *220*(3), 921-926. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.016
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2009). *Freedom from self-harm: Overcoming self-injury with skills from DBT and other treatments*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K., & Foerster, F. S. (1990). Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression. In C. D. McCann & N. S. Endler (Eds.), *Depression: New directions in theory, research, and practice* (pp. 157-185). Toronto: Wall and Emerson.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Research*, *186*(1), 65-70. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.056
- Harlow, K. C., & Roberts, R. (2010). An exploration of the relationship between social and psychological factors and being

- bullied. *Children & Schools*, 32(1), 15-26. doi: 10.1093/cs/32.1.15
- Hasking, P., Andrews, T., & Martin, G. (2013). The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *Journal of Youth and Adolescence* 42, 1543–1556. doi: 10.1007/s10964-013-9931-7
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1049-1061. doi:10.1016/S0191-8869(01)00109-X
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 58. doi: 10.1037/0021-843X.102.1.58
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., ...Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), pp. 1303–1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303
- Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric

- patients. *Journal of abnormal child psychology*, 25(2), 95-101. doi: 10.1023/A:1025723327188
- Hoff, E. R., & Muehlenkamp, J. J. (2009). Nonsuicidal self-injury in college students: The role of perfectionism and rumination. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(6), 576-587. doi: 10.1521/suli.2009.39.6.576
- Hughes, S. (2014). Bullying: What speech-language pathologists should know. *Language, speech, and hearing services in schools*, 45(1), 3-13. doi: 10.1044/2013
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. doi: 1080/13811110701247602
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128. doi: 10.1016/j.paid.2015.01.030
- Jutengren, G., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: A two-wave longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 49, 249-264. doi:10.1016/j.jsp.2010.11.001.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P.L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatric Research*, 206, 265-272. doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.012
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3^a ed.). New York: Guilford Press.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child &*

- Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49. doi: 10.1097/01.chi.0000242237.84925.18
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury. Advances in psychotherapy. Evidence-based practice*. Cambridge: Hogrefe Publishing.
- Kokoulina, E., & Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto [Childhood physical and emotional maltreatment and adulthood suicidal behavior]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 93-103. doi: 10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child abuse & neglect*, 37(12), 1091-1108. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.001
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guildford Press.
- Lutzker, J. R. (2006). *Preventing violence: Research and evidence-based intervention strategies*. Washington: American Psychological Association.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., ... & Arensman, E. (2011). Psychological

- characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 20(10), 499-508. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4
- Maloney, G. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). An etiological model of perfectionism. *PloS one*. doi: 10.1371/journal.pone.0094757
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Marshall, S. K., Tilton-Weaver, L. C., & Stattin, H. (2013). Non-suicidal self-injury and depressive symptoms during middle adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1234–1242. doi:10.1007/s10964-013-9919-3
- McGee, B. J., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Parkin, M., & Flett, G. L. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body image*, 2(1), 29-40. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.01.002
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2012). Reprint of: Bullying victimisation, self-harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, 74, 490-497. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.001
- Mikolajczak, M., Petrides, K. & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181-193. doi: 10.1348/014466508X386027
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting*

- and clinical psychology*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 816. doi: 10.1037/a0016948
- Nunes, C. P. S. (2013). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAIS-A)* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia, Ponta Delgada.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour research and therapy*, 48(1), 52-59. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.008
- Olweus, D. (2001). Bullying at school: Tackling the problem. *Organisation for Economic Cooperation and Development.*, 225, 24-26.
- Orpinas, P., Horne, A. M., & Staniszewski, D. (2003). School bullying: Changing the problem by changing the school. *School Psychology Review*, 32(3), 431-444.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw Hill.
- Pereira, V., & Salvador, M. C. (2015). A Escala de Autoapresentação Perfeccionista (PSPS): Características psicométricas na população adolescente. Manuscrito em preparação.
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 3-32). Chichester: Wiley.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Castilho, P., & Xavier, A. (2012). Differences between depression and paranoia: The role of emotional memories, shame and subordination. *Clinical psychology & psychotherapy*, *21*(1), 49-61. doi: 10.1002/cpp.1818
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). *SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models*. *Behavior research methods, instruments, & computers*, *36*(4), 717-731. doi: 10.3758/BF03206553
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, *40*(3), 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879
- Rigby, K. (2007). *Bullying in schools: And what to do about it*. Camberwel: Acerpress.
- Rigby, K., & Slee, P. T. (1993). Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *The Journal of social psychology*, *133*(1), 33-42. doi: 10.1080/00224545.1993.9712116
- Rivers, I., Poteat, V. P., Noret, N., & Ashurst, N. (2009). Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. *School Psychology Quarterly*, *24*, 211–222. doi: 10.1037/a0018164
- Ross, S., & Heath, N. L. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33* (3), 277-287. doi: 10.1521/suli.33.3.277.23218
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: N.J.Lawrence Erlbaum.

- Silva, S., & Pinheiro, R. (2010). *Atitudes e comportamentos dos alunos face ao Bullying e outras formas de violência entre pares: Um estudo numa organização escolar*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Silva, C. & Salvador, M. C. (2010). A Escala das Formas de Auto-criticismo e de Auto-Tranquilização (FSCRS): Características psicométricas na população adolescente. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Smith, P. K. (2003). Violence in schools. *Violence in schools: The response in Europe*, 1. London: Routledge FalmeR.
- Tabachnick, B., G., & Fidell, L. S. (2007). *Profile analysis: The multivariate approach to repeated measures. Using multivariate statistics*. 311-374
- Whelton, W. & Greenberg, L. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583-1595. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.024
- White, V. E., Trepal-Wollenzier, H., & Nolan, J. M. (2002). College Students and Self-Injury: Intervention Strategies for Counselors. *Journal of College Counseling*, 5(2), 105-113. doi: 10.1002/j.2161-1882.2002.tb00212.x
- Williams, K. A., & Bydalek, K. A. (2007). Adolescent self-mutilation: Diagnosis and treatment. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 45, 19-23.
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 41-49. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14407
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). The Indirect Effect of Early Experiences on Deliberate Self-Harm in

- Adolescence: Mediation by Negative Emotional States and Moderation by Daily Peer Hassles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1451-1460. doi: 10.1007/s10826-015-0345-x
- Xavier, A., Pinto- Gouveia, J., & Cunha, M. (2016a). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence: The Role of Shame, Self-Criticism and Fear of Self-Compassion. *Child & Youth Care Forum*, 45, 571-586. doi: 10.1007/s10566-016-9346-1
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016b). The Protective Role of Self-Compassion on Risk Factors for Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *School Mental Health*, 1-10. doi: 10.1007/s12310-016-9197-9