

Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes

Paula Castilho¹, José Pinto Gouveia² & Elisabete Bento³

Sabemos que os indivíduos com auto-dano têm uma relação disfuncional consigo próprios, pautada por uma visão negativa, defeituosa, desvalorizada ou até detestada do eu. Sabemos que estes indivíduos têm mais psicopatologia e que alguns deles, em adultos, poderão preencher critérios para patologia *borderline* da personalidade. O presente estudo pretende compreender a fenomenologia dos comportamentos de auto-dano e a contribuição do auto-criticismo e da vergonha interna para a sua patoplastia. A amostra é constituída por 81 adolescentes (40 são normais, 22 têm psicopatologia e 19 têm psicopatologia e comportamentos de auto-dano). Os resultados indicam que os adolescentes com auto-dano apresentam índices mais elevados de auto-criticismo, vergonha interna e dissociação. Estabelecem com o grupo social uma vinculação insegura e de pouca proximidade e apresentam mais sintomatologia depressiva. Nos adolescentes com psicopatologia, a existência de uma visão do eu defeituosa e inferior contribui significativamente para a depressão.

PALAVRAS-CHAVE: Auto-criticismo, Vergonha, Dissociação, Vinculação ao grupo, Auto-dano, Adolescência.

1. Introdução

1.1. O Auto-dano na adolescência

Nas últimas décadas, o comportamento de auto-dano, particularmente em adolescentes, tem sido foco de crescente atenção por parte de clínicos e investigadores. Apesar da maior consciência e atenção dada a este comportamento, existem uma série de lacunas, quer na terminologia, na definição, na etiologia,

1 Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CNEICC) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra - paulacastilho@fpce.uc.pt

2 Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CNEICC) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra - jpgouveia@fpce.uc.pt

3 Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CNEICC)- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra - elisabetebento@gmail.com

quer no tratamento. Existe um número limitado de estudos empíricos referentes aos modelos explicativos dos mecanismos subjacentes e às funções do comportamento de auto-dano (Messer & Fremouw, 2008).

Favazza (1998 *cit in* Gratz, 2001) apresenta uma das mais detalhadas e explícitas descrições do fenómeno de auto-mutilação, definindo-o como uma deliberada destruição directa ou alteração do tecido corporal sem intenção suicida consciente, mas em que resultam lesões graves no corpo. Alguns estudos apontam para uma maior frequência de comportamentos de auto-mutilação em adolescentes do sexo feminino comparativamente com o sexo masculino (Ross & Heath, 2003). Contudo, estudos mais recentes registam taxas semelhantes de auto-mutilação em adolescentes de ambos os sexos (Messer & Fremouw, 2008). Embora não seja claro em que género a auto-mutilação é mais usual, sabe-se que ela ocorre habitualmente entre os 14 e os 24 anos de idade (*ibidem*).

Relativamente ao método, os dados sugerem que o cortar-se a si próprio é o mais comum, ocorrendo entre 70% e 97% daqueles que manifestam comportamentos de auto-dano (Suyemoto, 1998), seguido de bater-se (entre 21% e 44%), beliscar-se, arranhar-se e morder-se (Ross & Heath, 2003). Outros estudos encontraram métodos como picar-se com alfinetes ou agulhas, arranhar-se gravemente (Gratz, 2001) e queimar-se com cigarros (Raine, 1982 *cit in* Messer & Fremouw, 2008). Quanto ao último método, alguns autores mostraram que queimar a pele representa uma forma de auto-mutilação recorrente, em que as taxas de incidência variam entre 21% e 35% (Messer & Fremouw, 2008).

Existe uma quantidade surpreendente de relatos referentes à fenomenologia da auto-mutilação. O acontecimento precipitante mais comum diz respeito à percepção de uma perda interpessoal. Alguns estudos mostraram que os indivíduos habitualmente descrevem sentimentos de tensão extrema, ansiedade, raiva ou medo antes da auto-mutilação. Relatam também, mas com menos frequência, que a auto-mutilação representa uma reacção a uma experiência dissociativa. O isolamento face aos outros precede, quase sempre, um acto de auto-mutilação e a raiva, tensão ou dissociação habitualmente terminam após o comportamento de auto-mutilação. Ocasionalmente, os indivíduos referem emoções como culpa e aborrecimento após o comportamento, mas a resposta de alívio, tranquilidade ou satisfação é mais comum (Suyemoto, 1998).

Estudos clínicos e empíricos indicam que a auto-mutilação constitui primariamente uma estratégia de regulação emocional (Linehan, 1993; Mikolajczak, Petrides, & Hurry, 2009) em que o auto-dano surge com a intenção de reduzir o afecto negativo experienciado pelo indivíduo (Linehan, 1993; Klonsky, 2007). Contudo, desconhece-se claramente de que forma a auto-mutilação diminui o afecto

negativo, no entanto, alguns investigadores sugerem a presença (libertação) de opióides endógenos como um mecanismo possível (Russ, Roth, Kakuma, Harrison, & Hull, 1994 *cit in* Klonsky, 2007).

Existem vários modelos etiológicos do auto-dano, um deles, o modelo da dissociação, caracteriza o comportamento de auto-dano como uma resposta a períodos de dissociação ou despersonalização, em que o auto-dano permite interromper o episódio dissociativo (e voltar a ligar-se ao eu), através da visão do sangue (Simpson, 1975 *cit in* Klonsky, 2007) ou da sensação física (Gunderson, 1984 *cit in* Klonsky, 2007). Para o modelo interpessoal/sistémico, o auto-dano pretende influenciar ou manipular pessoas do ambiente do indivíduo (Chowanec, Josephson, Coleman & Davis, 1991; Podovall, 1969 *cit in* Klonsky, 2007) e é conceptualizado como um pedido de ajuda, uma forma de evitar o abandono, ou uma tentativa de ser levado mais a sério (Allen, 1995 *cit in* Klonsky, 2007). O modelo de auto-punição (Klonsky, 2007) ou modelo de hostilidade (Herpertz, Sass, & Favazza, 1997 *cit in* Ross & Heath, 2003) hipotetiza que o indivíduo recorre a comportamentos de auto-dano face à incapacidade de manifestar e expressar abertamente raiva e hostilidade. De acordo com este modelo, a não expressão da hostilidade leva a um aumento de tensão, sendo que a auto-mutilação surge como um meio para obter um alívio da tensão e ansiedade experienciadas e a expressão da raiva de uma forma aceitável para o eu. Uma vez que a raiva não pode ser direccionada para a fonte é internalizada, o que pode contribuir para a visão do eu mau e digno, de algum modo, de punição.

Estudos apontam para uma associação entre estados emocionais negativos e comportamento de auto-dano, nomeadamente depressão, solidão, ansiedade, hostilidade, queixas somáticas e raiva (Castille et al., 2007). Auto-imagem negativa, dificuldades interpessoais (Graff & Mallin, 1967 *cit in* Castille et al., 2007), impulsividade, desinibição e desapontamento do eu foram itens também identificados em adolescentes com comportamentos de auto-dano (Guertin et al., 2001 *cit in* Castille et al., 2007).

O comportamento de auto-dano apresenta comorbilidade com um conjunto de perturbações psiquiátricas, tais como perturbações alimentares, perturbações do humor, perturbações dissociativas, perturbações de ansiedade, perturbações do abuso de substâncias e perturbações da personalidade (Linehan, 1993; Castille et al., 2007). A perturbação *borderline* da personalidade representa a perturbação mais tipicamente relacionada, sendo que 80% dos indivíduos diagnosticados com essa perturbação exibem comportamentos de auto-dano (Linehan, 1993; Rodham, Hawton & Evan, 2005; Castille et al., 2007; Mikolajczak, Petrides, & Hurry, 2009).

Como os comportamentos de auto-dano representam um forte risco para o suicídio (Hawton et al., 2003 *cit in* Mikolajczak et al., 2009) e estão presentes, na idade adulta, em várias perturbações psiquiátricas, nomeadamente na patologia

borderline, torna-se importante incrementar a investigação nesta área. Neste sentido, é essencial obter um melhor conhecimento dos antecedentes do fenómeno, bem como uma maior clareza da forma como se expressa e dos factores de manutenção, de modo a prevenir a sua ocorrência e a intervir com mais eficácia.

1.2. Vergonha

A vergonha é uma emoção normal com uma função adaptativa e reguladora da coesão social. A ameaça da rejeição e exclusão social é um medo evolucionário e inato, com riscos para a sobrevivência e que activa o sistema de defesa-ameaça. É essencialmente uma experiência do eu relacionada com a forma como pensamos existir na mente dos outros (Gilbert & McGuire, 1998), que pode ser focada no mundo social, no mundo interno ou em ambos (Gilbert, 1989).

A vergonha é uma experiência multifacetada que abrange diversos componentes (social ou cognitivo externo; interno avaliativo; emocional; comportamental; fisiológico) (Gilbert, 1989, 2000). Gilbert (1989, 2002) entende esta emoção como uma experiência social interna; trata-se de uma resposta defensiva à ameaça (ou à experiência real) de rejeição ou desvalorização (perda de estatuto), devido à perda de atractividade do eu enquanto agente social. Por outras palavras, considerando que a necessidade de se ser atractivo e de provocar sentimentos positivos na mente dos outros representa, à luz do modelo evolucionário, uma questão de sobrevivência, a percepção de perda de atractividade pode constituir uma ameaça (p.e., ser rejeitado), perante a qual o indivíduo reage com um conjunto de comportamentos defensivos básicos (p.e., luta, fuga ou submissão). O autor distingue dois tipos de vergonha, nomeadamente a vergonha externa e interna. A primeira ocorre quando experienciamos o eu através da mente dos outros (expectativas negativas de que os outros irão julgar o eu como mau, fraco ou não atractivo). A segunda está relacionada com as dinâmicas internas do eu e com a forma como o eu julga e sente o próprio eu (Gilbert, 2003), isto é, emerge quando as atribuições internas e afectos giram em torno de auto-avaliações negativas, em que o eu é sentido como mau, sem valor e não desejado.

Estudos recentes acentuam a importância da vergonha no início e no desenvolvimento da depressão em populações clínicas e em populações não-clínicas. Existem dados que relacionam esta emoção com a raiva (Harder & Greenwald, 2000) e com a hostilidade (Tangney & Dearing, 2002); com o auto-criticismo, em particular na sua forma de auto-ataque/persecutório (Tangney & Dearing, 2002; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004; Gilbert & Irons, 2005) e com estilos de coping disfuncionais (Tangney & Dearing, 2002). Outros estudos também sugerem uma associação entre a vergonha e a perturbação de personalidade *borderline*

(Rusch, Lieb, Gottler, Hermann, Schramm, Richter, Jacob, Corrigan & Bohus, 2007) e com a dissociação (Talbot & Xin Tu, 2004 *cit in* Matos & Pinto-Gouveia, 2009).

1.3. Auto-criticismo

Para a psicologia cognitiva evolucionária (Teoria das Mentalidades Sociais), o auto-criticismo representa uma relação interna do eu-eu de dominância-submissão. Esta teoria postula que a co-criação de diferentes papéis sociais no relacionamento interpessoal deriva da existência de sistemas de processamento sensíveis a sinais – denominados de mentalidades sociais – fundamentais à sobrevivência da espécie. Gilbert (2005) apresenta cinco mentalidades que podem ser representadas na relação com os outros, sendo a mentalidade de posto social (*ranking*) aquela que está mais associada ao auto-criticismo. Esta mentalidade, com as suas raízes na preocupação com o poder dos outros, na competição e comparação social, medo da rejeição e vergonha envolve a formação de relacionamentos para a competição pelos recursos, ganho e/ou manutenção de posto/estatuto social (dominância), submissão àqueles com estatuto mais elevado (submissão) e competição de modo a ser o “escolhido” por outros para determinados papéis (p.e., aliado, parceiro sexual ou líder). Como tal, representa a mentalidade mais eficaz no lidar com ameaças sociais permitindo a coesão social. A sobre-estimulação desta mentalidade aumenta a vulnerabilidade para a psicopatologia, dado estar associada ao sentir-se derrotado, inferior, subordinado, rejeitado, perseguido, humilhado, activando o sistema de ameaça-defesa. Este último insere-se num conjunto de sistemas de regulação de afecto que se forma ao longo do desenvolvimento humano (Gilbert, 2005) e que interage entre si, criando diferentes padrões neuro-corticais e respostas fisiológicas. Cada um deles é responsivo a determinados tipos de sinais sociais e não sociais (Gilbert, 1989). O sistema de ameaça-defesa actua quando estamos perante ameaças (quer sejam situações desconhecidas, punições ou bloqueios na consecução de objectivos) e a sua activação pode gerar um conjunto de estratégias defensivas que passam pela defesa, perseguição, agressão, fuga, evitamento, inibição, isolamento, submissão, reconciliação, e procura de segurança e afiliação dos outros (Gilbert, 2005).

Assim, partindo do pressuposto que as nossas auto-avaliações funcionam como sinais internos com efeitos na activação do sistema cerebral e nos estados fisiológicos e emocionais (Gilbert, 2000), e que os sinais internos negativos (como o auto-criticismo) podem activar os mesmos sistemas cerebrais relacionados com a ameaça-defesa, através da emissão de comportamentos de derrota, submissão ou escape. Podemos afirmar que a forma como o indivíduo “fala consigo próprio” ou se avalia activa os mesmos módulos ou mentalidades sociais usadas para a regulação das relações externas (*ibidem*).

O auto-criticismo é, então, conceptualizado como uma forma de relação do eu com o eu em que uma parte do eu descobre defeitos, acusa e condena ou mesmo odeia e a outra parte se submete, o que sugere que existe uma interacção entre os diferentes aspectos do eu (Gilbert, 2000, 2007; Gilbert et al., 2001, 2004). Esta visão multidimensional postula que existem diferentes formas e funções para o auto-criticismo associadas a diferentes tipos de emoções negativas. Quanto às formas, o auto-criticismo pode focar-se nos erros e sentimentos de inadequação (eu inadequado), querer magoar o eu, evidenciando sentimentos de agressividade e ódio para com o mesmo (eu detestado), ou focar-se mais nos aspectos positivos do eu e na auto-aceitação (eu tranquilizador). As funções consistem em incitar o eu a melhorar; evitar cometer erros e se auto-corriger e auto-aperfeiçoar (auto-correcção); e/ou de auto-punição/auto-ataque em que está presente o desejo de perseguir, vingarse, magoar e atacar o eu. Segundo os autores, é na sua função de auto-punição/auto-ataque que o auto-criticismo se assume como mais patogénico, apresentando associações mais significativas com a depressão.

Muitos estudos no âmbito da psicopatologia têm reconhecido a existência de problemas emocionais associados ao auto-criticismo e de dificuldades em ajudar os indivíduos mais auto-críticos a desenvolver um sentido de compaixão e de aceitação para o próprio eu, como também a recuperarem da própria psicopatologia, dado que o auto-criticismo constitui um factor de vulnerabilidade para a doença mental. Num estudo recente, Whelton e Greenberg (2005 *cit in* Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006) constataram que indivíduos que apresentam níveis elevados de auto-criticismo, quando submetidos às suas próprias críticas e instigados a reflectir sobre as mesmas, revelam vergonha e apresentam expressões de tristeza no próprio rosto, sentindo-se incapazes de responder aos próprios ataques, sendo que é essa incapacidade que explica a depressão. Por sua vez, Mongrain e colaboradores (1998 *cit in* Gilbert et al., 2004) verificaram que o auto-criticismo está associado a sentimentos de subordinação e de inferioridade, afectando a capacidade para estabelecer relações de pertença com os outros. Este estudo veio corroborar os dados apresentados por Zuroff, Koestner e Powers (1994 *cit in* Gilbert et al., 2004) cujo estudo evidenciou que o auto-criticismo está associado à depressão e a relações interpessoais pobres.

1.4. Dissociação

Actualmente, o termo dissociação é utilizado para descrever uma grande variedade de experiências dissociativas (ou comportamentos dissociativos), normais e patológicas. Alguns autores identificaram cinco comportamentos dissociativos principais, a saber: amnésia, despersonalização, desrealização, confusão na

identidade e alteração da identidade (Bernstein & Putnam, 1986; Kirmayer, 1994; Steinberg, 1994 *cit in* Collins, 2004). Estes comportamentos só são considerados dissociativos se não constituírem um efeito fisiológico directo do uso de substâncias (como drogas, álcool ou medicação) ou de uma condição médica.

Embora as experiências dissociativas sejam observadas em homens e mulheres de todas as idades e de diferentes culturas, trata-se de um processo que surge habitualmente na adolescência. Como tal, experiências dissociativas como confusão de identidade e divisibilidade, períodos de despersonalização e absorção na imaginação parecem estar associadas a uma adolescência saudável. No entanto, a compartimentação do afecto, do comportamento e da memória ligada à experiência de dissociação crónica interfere com as competências do adolescente para construir a sua identidade (Armstrong, Putman, Carlson, Libero & Smith, 1995 *cit in* Sayar & Kose, 2003).

Vários modelos teóricos têm tentado explicar a natureza das experiências dissociativas, embora não haja unanimidade acerca da etiologia deste processo. Encontramos na literatura vários modelos explicativos (p.e., modelos cognitivos e modelo neurobiológico) que apontam alguns factores psicológicos e neurobiológicos envolvidos nas experiências dissociativas. Contudo, nenhum dos modelos propostos explica de forma satisfatória no âmbito das experiências dissociativas, embora todos eles, de uma maneira ou de outra, são apoiados por subgrupos de investigação (Brunet, Holowka & Laurence, 2001).

Sabe-se que a dissociação apresenta uma elevada comorbilidade com várias perturbações psiquiátricas. De acordo com Brunet et al. (2001), os sintomas dissociativos ocorrem na perturbação de pânico (p.e., desrealização e despersonalização durante os ataques de pânico), nas perturbações psicóticas (p.e., nas alucinações visuais ou auditivas, sensação de estranheza), nas perturbações somatorformes (p.e., nas parastesias funcionais), nas perturbações do sono (p.e., no sonambulismo), em determinadas perturbações da personalidade (p.e., despersonalização durante o episódio de auto-mutilação na perturbação da personalidade *borderline*), bem como nas perturbações alimentares (p.e., desrealização durante os episódios de empanturramento).

Dorahy, Lewis, Millar e Gree (2003) citam alguns estudos na população não-clínica que encontraram associações entre a dissociação e padrões irracionais de pensamento (Pauer & Power, 1995), saúde mental deficitária (Ross, Ryan, Voigt & Eide, 1991), experiências traumáticas durante a infância (Sanders, McRoberts & Tolfson, 1989), e afecto negativo, nomeadamente raiva e ansiedade (Norton, Ross, & Novotny, 1990), vergonha (Irwin, 1998) e culpa (Dorahy & Schumaker, 1997).

A alexitimia também tem sido investigada, recentemente, como possível preditor dos comportamentos dissociativos. Berenbaum e James (1994 *cit in* Sayar & Kose, 2003) num estudo realizado com estudantes mostraram que a alexitimia estava associada à dissociação. Sayar & Kose (2003), também num estudo com adolescentes, verificaram que a alexitimia não prediz os comportamentos dissociativos. Sendo a ansiedade o preditor significativo, apesar de não explicar a plenitude dos factores que determinam os comportamentos dissociativos. Nesse sentido, talvez esta investigação possa contribuir para um esclarecimento mais consistente dos factores constituintes dos comportamentos dissociativos.

1.5. Vinculação e Proximidade ao Grupo Social

Relativamente à vinculação ao grupo social, Smith, Murphy e Coats (1999) referem que os indivíduos possuem modelos internos de si próprios enquanto membros de um grupo, bem como modelos internos do próprio grupo que, conjuntamente, afectam os seus pensamentos, emoções e comportamentos. O grupo pode ser conceptualizado como acolhedor, aceitante em relação ao eu e às suas características e expressão emocional, ou pelo contrário, como coercivo e rejeitador do eu. Estas conceptualizações podem ser influenciadas pelas interações com os outros significativos, estabelecidas durante a infância, particularmente no ambiente familiar e na relação entre pares, bem como pelas experiências decorrentes na idade adulta enquanto membros integrantes de um grupo. Por conseguinte, estes modelos internos desenvolvidos influenciam o sentimento de pertença ao grupo e os seus comportamentos e orientações dentro do mesmo.

Os indivíduos que apresentam um estilo de vinculação segura percebem os outros como sendo de confiança, seguros, amáveis e apoiantes. Neste sentido, as relações interpessoais são tomadas como duradouras e compensadoras. Este estilo de vinculação leva a que o indivíduo faça uma auto-avaliação positiva e fomenta a capacidade para ter auto-compaixão. Nesta, os indivíduos conceptualizam o grupo como caloroso, aceitante, manifestam menos preocupação com a conformidade, e com a tentativa de obter aprovação (Smith et al., 1999). Num estudo realizado por Collins e Read (1990), verificou-se que os indivíduos adultos com vinculação segura possuem níveis mais elevados de amor-próprio, são mais assertivos e manifestam um grau de confiança superior nas situações de interacção social. Simultaneamente, possuem mais crenças positivas acerca do mundo social e percebem os outros como mais confiáveis, fidedignos e altruístas. Deste modo, o grupo funciona como fonte de suporte emocional e conforto, fornece um estado de tranquilidade e segurança e potencia os recursos para lidar com acontecimentos indutores de stress (Hazan & Zeifman, 1999 *cit in* Smith et al., 1999).

Os indivíduos com vinculação ansiosa ao grupo social manifestam um elevado desejo de estabelecer relações de proximidade, apesar da insegurança de poderem contar com o apoio dos outros e da constante preocupação em serem rejeitados e abandonados. Estes indivíduos apresentam níveis reduzidos de valor próprio e de assertividade, acreditam que têm pouco controlo sobre a sua vida e percebem os outros como complexos, difíceis de compreender, tentando agradar-lhes para obter a sua aceitação (Collins, 1996). Já na vinculação evitante, os indivíduos vêem a proximidade ao grupo como desnecessária ou indesejável e agem de modo independente para tentar evitar a proximidade ou a dependência ao grupo (Smith et al., 1999). Os indivíduos com este estilo de vinculação vêem os outros como não confiáveis e fidedignos (Collins, 1996).

Assim, os indivíduos que estabeleceram um padrão de vinculação inseguro, quer seja evitante ou ambivalente, percebem o mundo como um lugar não cuidador e ameaçador (ou não seguro) e os outros como não sendo de confiança e, por isso, uma fonte de ameaça. As relações interpessoais são percebidas como não duradouras e não compensatórias, fazendo com que estes indivíduos foquem a sua atenção, maioritariamente, no estatuto social e no poder que os outros têm para os controlar, magoar ou rejeitar. Ao sentirem-se inseguros estes indivíduos tendem a adoptar comportamentos que consideram seguros como a auto-monitorização, a auto-culpabilização, o auto-criticismo e uma tentativa constante de ir ao encontro das expectativas que os outros têm em relação a si (Gilbert & Procter, 2006).

Objectivos

O objectivo principal deste estudo é compreender a fenomenologia dos comportamentos de auto-dano e a contribuição do auto-criticismo e da vergonha para a sua patoplastia. Pretendemos perceber a forma como a experiência de vergonha e o auto-criticismo estão relacionados com os comportamentos de auto-dano nos adolescentes.

Especificamente, hipotetizamos que os adolescentes com auto-dano apresentem níveis mais elevados de auto-criticismo do que os adolescentes sem auto-dano e os adolescentes normais. Esperamos que os adolescentes com auto-dano experimentem um maior sentimento de auto-repugnância e aversão e um desejo de vingar, prejudicar ou ferir o eu pelas suas falhas, erros ou defeitos. Os adolescentes com auto-dano terão também níveis mais elevados de vergonha internalizada comparativamente aos adolescentes sem auto-dano e adolescentes normais.

Como a dissociação é considerada, por alguns autores, como uma estratégia de regulação emocional associada aos comportamentos de auto-dano, pretendemos explorar se os adolescentes com auto-dano apresentam mais comportamentos dissociativos do que os adolescentes sem auto-dano e do que os adolescentes normais. Para além de se destacarem pelo elevado nível de auto-criticismo, vergonha e dissociação, parece-nos que os adolescentes com comportamentos de auto-dano apresentam um ajustamento e proximidade ao grupo mais fraco, pautado por sentimentos de incompreensão, rejeição e desligamento. Finalmente, os adolescentes com auto-dano apresentarão índices mais elevados de psicopatologia, nomeadamente de depressão, quando comparados com adolescentes sem auto-dano e adolescentes normais.

A confirmarem-se os resultados, estes terão implicações clínicas significativas para a intervenção terapêutica nesta população em que a matriz da terapia deverá englobar estratégias e técnicas focadas na vergonha e no auto-criticismo.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra clínica⁴ deste estudo transversal é composta por doentes que foram recolhidos em várias consultas de diferentes serviços de saúde mental do país⁵.

A amostra final é constituída por 81 sujeitos⁶, divididos em três grupos, dos quais 40 são controlos normais, 22 são adolescentes com psicopatologia e, por fim, 19 são adolescentes com psicopatologia que manifestam comportamentos de auto-dano, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ao nível da idade ($F(2)=.261$; $p=.771$), nos anos de escolaridade ($F(2)=.261$;

4 Relativamente aos quadros clínicos manifestados pelos dois grupos da amostra clínica, constata-se a existência de diagnósticos variados, sobretudo de carácter ansioso e depressivo, sendo apenas a manifestação/não manifestação de comportamentos de auto-dano nos últimos seis meses o critério que determina a integração dos sujeitos nos respectivos grupos.

5 Consulta de Prevenção do Suicídio e Consulta de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental do Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Consulta de Psicologia e Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Coimbra; Consulta Externa de Psicologia do Hospital de Cantanhede, Consulta de Psicologia do Serviço de Psiquiatria do Hospital da Cova da Beira (Covilhã), Consulta de Psicologia da Clínica Psikontakt (Coimbra) e Consulta de Psicologia Clínica da Clínica Alvo (Portimão).

6 Os critérios de exclusão dos participantes foram: (a) idade inferior a 15 anos e superior a 18 anos, (b) preenchimento incompleto das escalas, e (c) evidência clara de incumprimento das instruções de resposta.

$p=.771$) nem no estado civil e ocupação profissional, uma vez que todos os sujeitos são solteiros e estudantes.

Quanto ao gênero, a amostra é constituída maioritariamente por adolescentes do sexo feminino. A amostra total contém 16 adolescentes do sexo masculino e 65 adolescentes do sexo feminino. Já o grupo clínico (com e sem auto-dano) é constituído por 5 elementos do sexo masculino e 36 elementos do sexo feminino.

2.2. Instrumentos

Escala das Formas do Auto-Criticismo e de Auto-Tranquilização (FSCRS, *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale*; Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação de Castilho, P. & Pinto Gouveia, J. Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala das Formas do Auto-Criticismo e de Auto-Tranquilização. Manuscrito em submissão). A versão portuguesa deste instrumento de auto-resposta é composto por 22 itens que, à semelhança da escala original, procuram avaliar a forma como as pessoas se criticam, se atacam e se tranquilizam em situações de fracasso. Partindo da proposição “Quando as coisas correm mal”, as respostas são dadas numa escala de 5 pontos (0 - “não sou assim”; 4 - “sou exactamente assim”). Da análise factorial realizada pelos autores originais resultaram três sub-escalas: *Eu Inadequado* (avalia um sentimento interno de desvalorização do eu perante falhas, fracassos ou obstáculos, como que uma visão de desapontamento e inadequação do eu); *Eu Tranquilizador* (avalia a capacidade de auto-compaixão pelo eu e do eu se reconfortar); e *Eu Detestado* (avalia um sentimento de repugnância/ódio/perseguição ao eu). No estudo original, a escala demonstrou uma boa consistência interna, com *alphas* de Cronbach para o *Eu Inadequado* de .90, *Eu Detestado* de .86 e *Eu Tranquilizador* de .86. Na versão portuguesa o valor de consistência interna da sub-escala *Eu Inadequado* foi $\alpha=.89$, da sub-escala *Eu Detestado* foi $\alpha=.62$ e da sub-escala *Eu Tranquilizador* foi $\alpha=.87$. No nosso estudo, os valores de consistência interna foram $\alpha=.91$, $\alpha=.84$ e $\alpha=.91$, respectivamente.

Escala das Funções do Auto-Criticismo (FSCS, *Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale*; Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação de Castilho, P. & Pinto Gouveia, J. Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala das Funções do Auto-Criticismo. Manuscrito em submissão). A versão portuguesa deste instrumento de auto-resposta contém 21 itens que reflectem motivos e funções do auto-criticismo. Partindo da proposição “Critico-me e zango-me comigo mesmo(a)”, as respostas são dadas numa escala de 5 pontos (0 - “não sou assim”; 4 - “sou exactamente assim”). Da análise factorial realizada pelos autores originais resultaram 2 sub-escalas que correspondem a duas funções do

auto-criticismo: *Auto-Correção*, quando a auto-crítica/auto-ataque interno tem como função “obrigar a agir” de modo a prevenir erros e auto-aperfeiçoar-se. De certo modo pode ser sentido como uma auto-coacção (“para o meu próprio bem”) motivada pelo receio de se tornar preguiçoso e inadequado; e *Auto-Ataque*, quando há uma “perseguição interna”, motivada por uma vontade de agredir, magoar, destruir e de vingar-se do próprio eu pelas falhas/fracassos cometidos. Na versão original, desenvolvida por Gilbert e colaboradores, os valores de *alpha* de Cronbach foram de .92, tanto para a função de *Auto-Correção* como para a função *Auto-Perseguição/Auto-Ataque*. Na versão portuguesa o valor de consistência interna da sub-escala *Auto-Correção* foi $\alpha = .91$ e da sub-escala *Auto-Ataque* foi $\alpha = .87$. No nosso estudo é de $\alpha = .91$ e $\alpha = .89$, respectivamente.

Escala da Vergonha Interna (ISS; *Internalized Shame*; Matos, M. & Pinto-Gouveia. Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala da Vergonha Interna. Manuscrito em preparação). A versão portuguesa da escala ISS baseia-se na escala original de Cook (1996) e é constituída por 29 itens, sendo que estes assentam em descrições fenomenológicas da experiência de vergonha. Os itens seguem uma abordagem da vergonha enquanto “traço” e estão formulados numa linguagem intensamente negativa (“sinto-me vazio e incompleto”). Com base na frequência da experiência, as respostas são dadas numa escala de 5 pontos (0 - “nunca”; 4 - “quase sempre”). Possui boas qualidades psicométricas, tendo sido encontrado um valor elevado de consistência interna dos 23 itens considerados no factor, sendo o valor de *alpha* de Cronbach de .95. No nosso estudo, o *alpha* de Cronbach encontrado para a sub-escala *Vergonha* é $\alpha = .97$.

Escala de Dissociação (DES-II; Matos, M. & Pinto-Gouveia, Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala de Dissociação (DES-II). Manuscrito em preparação). A versão portuguesa da escala DES-II baseia-se na escala original de Carlson e Putman (1993) e é constituída por 28 itens. A escala pretende avaliar a frequência com que o sujeito vive experiências dissociativas. Para tal, é enumerado um conjunto de experiências em que o indivíduo determina, numa escala de 0% a 100%, o grau em que a situação descrita na pergunta se aplica a si, colocando um círculo em torno do número que representa a percentagem de tempo em que teve essa experiência. A versão portuguesa da escala apresenta um valor elevado ao nível da consistência interna, apresentando um *alpha* de Cronbach de .95. No nosso estudo, o valor de consistência interna é de $\alpha = .95$

Escala de Vinculação ao Grupo Social (EVGS, Smith, E., Murphy, J. & Coats, S., 1999; tradução e adaptação de Dinis, A., Matos, M. & Pinto Gouveia, J., 2008). A versão portuguesa desta escala é constituída por 25 itens e pretende avaliar o sentimento de pertença que as pessoas têm em relação ao grupo social que consideram ser, para si, mais importante. As respostas são dadas numa escala de 7 pontos (1 - “dis-

cordo totalmente”; 7 - “concordo totalmente”). Na versão original, as sub-escalas apresentam valores bons de consistência interna com um *alpha* de Cronbach de .86 para a sub-escala *Vinculação Ansiosa* e de .75 para a sub-escala *Vinculação Evitante*. No nosso estudo, os valores de Cronbach obtidos foram de $\alpha=.74$ na sub-escala *Vinculação Ansiosa* e de $\alpha=.80$ para a sub-escala *Vinculação Evitante*.

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros (EPL0; Cook, 1996; tradução e adaptação de Dinis, A., Matos, M., & Pinto Gouveia, J., 2008). Esta escala refere-se à forma como as pessoas experienciam sentimentos e emoções positivas em situações sociais. A escala é constituída por 11 itens que reflectem a forma como as pessoas se podem sentir em diferentes situações de interacção social. As respostas são dadas numa escala de 5 pontos (1 - “quase nunca”; 5 - “quase sempre”). No estudo original, a escala revelou uma consistência interna muito boa, apresentando um *alpha de Cronbach* para o somatório total de .91. No nosso estudo, a escala revelou igualmente uma consistência interna muito boa, com um *alpha de Cronbach* de .93.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-42, *Depression, Anxiety and Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação de Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Esta escala é constituída por 42 itens distribuídos por três dimensões ou escalas: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* que avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma, durante a última semana, numa escala de 4 pontos (0 - “não se aplica nada a mim”; 3 - “aplicou-se a mim a maior parte do tempo”). A versão portuguesa da escala caracteriza-se por uma boa magnitude dos valores de *alpha* de Cronbach, semelhantes à escala original. Assim, encontrou-se um *alpha* de Cronbach de .93 (.91 na escala original) para a *Depressão*. No nosso estudo, a consistência interna é igualmente muito boa, encontrando-se *alpha* de Cronbach de .97 para a sub-escala *Depressão*.

2.3. Procedimento

2.3.1. Procedimentos metodológicos

Para o processo de recolha da amostra, como esta é constituída maioritariamente por menores (adolescentes entre os 15 e 18 anos, inclusive), procedeu-se à elaboração de uma folha de consentimento informado para entregar aos encarregados de educação. Após a autorização, foi entregue a bateria de instrumentos de auto-resposta acima descrita. A esta juntou-se uma folha de rosto que contempla uma sucinta explicação dos objectivos do estudo, a referência ao anonimato de cada participante, a confidencialidade das respostas, a importância do preenchimento de todos os itens dos instrumentos e ao uso dos dados apenas em contexto de investigação.

2.3.2. Procedimentos estatísticos

Na análise dos dados recorreu-se ao SPSS versão 17.0. Consideramos como diferenças estatisticamente significativas todos os valores com probabilidade associada inferior a .05 (Howell, 2006). Recorremos a ANOVAS para testarmos as diferenças entre os três grupos, nas variáveis sócio-demográficas. Para testarmos as diferenças existentes entre os três grupos utilizamos o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*⁷. Nos estudos seguintes fizemos matrizes de correlação de *Pearson* para explorar as relações entre as variáveis em estudo. Modelos de Regressão Linear e Hierárquica foram usados para estudar os efeitos das variáveis predictoras em cada uma das variáveis dependentes.

4. Resultados

3.1. Análises Descritivas

Em relação às formas e funções do auto-criticismo, os resultados mostraram que o grupo clínico com auto-dano revela uma tendência para pontuar mais elevado do que o grupo clínico sem auto-dano e do que o grupo de normais, à exceção da sub-escala *Eu Tranquilizador* da FSCRS, em que o grupo de adolescentes normais apresenta valores médios mais elevados.

Como podemos verificar no Quadro 1, também na vergonha interna, os valores médios do grupo clínico com auto-dano são mais elevados, seguidos do grupo clínico sem auto-dano e do grupo de normais, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas (*Kruskal-Wallis* $\chi^2=42.987$; $p=.000$).

No que concerne à dissociação, o grupo clínico com auto-dano apresenta resultados claramente mais elevados do que o grupo de normais e do que o grupo clínico sem auto-dano. As pontuações obtidas mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (*Kruskal-Wallis* $\chi^2=13.615$; $p=.001$).

Em relação à vinculação ao grupo social, podemos constatar no Quadro 1 que ambos os grupos clínicos tendem a pontuar mais elevado quer na sub-escala *Vinculação Ansiosa* quer na sub-escala *Vinculação Evitante* da EVGS, no entanto é o grupo clínico com auto-dano que obteve valores médios mais elevados. Por oposição, na proximidade ao grupo, o grupo de normais revelou valores médios

⁷ Como a amostra é reduzida, os pressupostos de utilização de estatística paramétrica não foram cumpridos. Importa salientar que este teste não paramétrico não nos permite identificar se as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, nem localizar onde se situam as diferenças, no caso de estas existirem. Para isso, neste estudo, recorreu-se à utilização da ANOVA e de testes de *Post Hoc de Tukey* apenas para confirmar o resultado obtido pelo *Kruskal-Wallis*.

mais elevados, sendo essa diferença estatisticamente significativa (*Kruskal-Wallis* $\chi^2=20.690$; $p=.000$).

Por fim, nos sintomas psicopatológicos, nomeadamente na depressão, ambos os grupos clínicos apresentam pontuações mais elevadas comparativamente ao grupo de normais, sendo o grupo clínico com auto-dano aquele que obteve valores médios mais elevados. Estas diferenças são estatisticamente significativas (*Kruskal-Wallis* $\chi^2=39.900$; $p=.000$).

Quadro 1 - Comparação dos três grupos da amostra nas Médias e Desvios-Padrão das variáveis em estudo

	Grupo Normais		Grupo Clínico sem Auto-Dano		Grupo Clínico com Auto-Dano	
	M	DP	M	DP	M	DP
Formas Auto-Criticismo						
FSCRS Eu Inadequado	13.58	6.90	22.27	7.90	28.68	6.81
FSCRS Eu Detestado	.70	.82	2.64	2.78	6.21	3.07
FSCRS Eu Tranquilizador	20.28	5.99	16.00	7.12	10.42	5.60
Funções Auto-Criticismo						
FSCS Auto-Correção	15.63	7.79	18.77	11.10	24.74	14.36
FSCS Auto-Ataque	2.63	2.82	7.32	6.51	15.53	7.07
Vergonha Interna						
ISS Vergonha	27.78	14.46	52.95	20.20	68.26	15.06
Dissociação						
DES II Total	653.36	389.39	645.50	420.63	1107.68	420.63
Vinculação ao Grupo						
Vinculação Ansiosa	26.43	6.84	32.08	8.60	37.99	10.34
Vinculação Evitante	11.10	4.85	17.87	7.07	23.12	5.61
Proximidade ao Grupo						
EPLO Total	42.03	7.81	35.14	7.71	30.26	10.73
Psicopatologia						
Depressão	5.93	5.85	17.82	13.27	28.32	11.40

Para os estudos seguintes, atendendo ao número reduzido da amostra, optámos por acoplar os dois grupos clínicos, independentemente da existência de comportamentos de auto-dano.

3.2. Auto-criticismo, vergonha interna, dissociação e auto-dano

No sentido de avaliarmos a relação entre o auto-criticismo, a vergonha interna a dissociação e o auto-dano fizemos correlações de *Pearson*.

3.2.1. Auto-criticismo e vergonha interna

Verificámos que quer a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS ($r=.80$) quer a sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS ($r=.71$) apresenta correlações elevadas com a vergonha interna. Também a sub-escala *Auto-Ataque* da FSCS apresenta uma correlação moderada com a vergonha interna ($r=.65$) (Quadro 2).

Com vista a compreendermos se os adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos se distinguem dos adolescentes dos menos auto-críticos na vergonha interna, realizámos testes t para amostras independentes formando dois grupos a partir dos valores da mediana da sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS⁸.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(39)=-3.519$; $p=.001$; $M=73.85$ versus $M=53.64$), com os adolescentes mais auto-críticos a apresentarem valores médios mais elevados de vergonha internalizada.

Quadro 2: Correlações de Pearson entre as Escalas da Formas e das Funções do Auto-criticismo e a sub-escala Vergonha da ISS (N=41)

	ISS Vergonha
Formas Auto-criticismo	
FSCRS <i>Eu Inadequado</i>	.80**
FSCRS <i>Eu Detestado</i>	.71**
FSCRS <i>Eu Tranquilizador</i>	-.54**
Funções Auto-criticismo	
FSCS <i>Auto-Ataque</i>	.65**
FSCS <i>Auto-Correção</i>	.70**

* $p<.05$; ** $p<.01$

3.2.2. Auto-criticismo e dissociação

Obtivemos associações positivas significativas ($p<.05$), embora baixas, entre a sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS ($r=.38$) e a sub-escala *Auto-Correção* da FSCS ($r=.38$) com a dissociação (DES II Total) (cf. Quadro 3).

Também aqui, com vista a compreendermos se os adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos se distinguem dos adolescentes com psicopatologia menos auto-críticos na dissociação, realizámos testes t para amostras independentes formando dois grupos a partir dos valores da mediana da sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS.

⁸ Embora a magnitude de correlação seja mais elevada com a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS, optámos por utilizar a sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS por ser a mais patogénica e frequentemente associada ao auto-dano.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da distribuição desta variável ($t(39)=-2.236$; $p=.031$; $M=1160.23$ versus $M=759.64$), com os adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos a apresentarem valores médios mais elevados de dissociação.

Quadro 3: Correlações de Pearson entre as Escalas das Formas e das Funções do Auto-Criticismo e a DES-II (N=41)

	DES II Total
Formas Auto-criticismo	
FSCRS Eu Inadequado	.19
FSCRS Eu Detestado	.38*
FSCRS Eu Tranquilizador	-.12
Funções Auto-criticismo	
FSCS Auto-Ataque	.19
FSCS Auto-Correção	.38*

* $p<.05$; ** $p<.01$

3.2.3. Vergonha interna e dissociação

Os resultados apresentados no Quadro 4 evidenciam que a vergonha interna se apresenta positivamente correlacionada com a dissociação (DES II Total), com magnitude de correlação moderada ($r=.43$).

Quadro 4: Correlações de Pearson entre a sub-escala Vergonha da ISS e a DES-II (N=41)

	DES II Total
Vergonha Interna	
ISS Vergonha	.43**

3.2.4 Análises de regressão: preditores da dissociação

No sentido de compreendermos melhor os resultados anteriormente obtidos realizámos análises de regressão linear para explorar a contribuição do auto-criticismo e a vergonha interna para a dissociação.

Verificámos que a sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS produz um modelo significativo ($R=.379$; $p=.014$), explicando 14.4% da variância da dissociação. Por sua vez, observámos que a sub-escala *Auto-Ataque* da FSCS é um preditor significativo da dissociação, explicando 14.3% ($R=.378$; $p=.015$) da variância da dissociação. Por fim, a sub-escala *Vergonha* da ISS produz um modelo significativo ($R=.427$; $p=.005$), explicando 18.2% da variância da dissociação.

4.3. Auto-criticismo, vergonha interna e vinculação e proximidade ao grupo social

Realizámos correlações de *Pearson* para estudar a relação entre o auto-criticismo, a vergonha interna e a vinculação e proximidade ao grupo social (Quadro 5).

Encontrámos correlações positivas entre o auto-criticismo e a vinculação ao grupo social, com magnitude de correlação moderada entre a sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS e a sub-escala *Vinculação Ansiosa* da EVGS ($r=.55$) e magnitude de correlação alta entre a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS e a sub-escala *Vinculação Evitante* da EVGS ($r=.75$). Verificámos também correlações negativas entre o auto-criticismo e a proximidade ao grupo social, com magnitudes de correlação moderada entre as sub-escalas *Eu Inadequado* e *Eu Detestado* da FSCRS e o EPLO Total ($r=-.41$; $r=-.40$, respectivamente).

Além disso, encontrámos também associações positivas ($p<.01$) entre vergonha interna e a vinculação ao grupo social, com magnitude de correlação elevada entre a sub-escala *Vergonha* da ISS e a sub-escala *Vinculação Evitante* da EVGS ($r=.92$). Como seria de esperar, verificámos uma associação negativa ($p<.01$) entre a vergonha interna e a proximidade ao grupo social, com uma magnitude de correlação moderada ($r=-.50$).

Quadro 5: Correlações de Pearson entre as Escalas das Formas e das Funções do Auto-Criticismo, a EVGS e o EPLO (N=41)

	EVGS Vinculação Ansiosa	EVGS Vinculação Evitante	EPLO Total
Formas criticismo			
FSCRS Eu Inadequado	.42**	.75**	-.41**
FSCRS Eu Detestado	.55**	.60**	-.40**
FSCRS Eu Tranquilizador	-.25	-.57**	.30
Funções Auto-criticismo			
FSCS Auto-Ataque	.37*	.62**	-.25
FSCS Auto-Correção	.44**	.60**	-.41**
Vergonha Interna			
ISS Vergonha	.53**	.92**	-.50**

* $p<.05$; ** $p<.01$

Para compreendermos melhor os resultados obtidos, isto é, se os adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos mostram maior vinculação e proximidade ao grupo social do que os adolescentes menos auto-críticos realizámos testes-*t* para amostras independentes, com dois grupos formados a partir dos valores da mediana da sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS.

Verificámos que os adolescentes mais auto-críticos diferem significativamente dos menos auto-críticos no que concerne ao tipo de vinculação ao grupo social, apresentando valores médios mais elevados ($t(39)=-4.057$; $p=.000$) de vinculação ansiosa ($M=42.55$; $DP=8.91$ versus $M=31.23$; $DP=8.03$) e de vinculação evitante ($M=24.26$; $DP=5.19$ versus $M=18.46$; $DP=6.87$) do que os adolescentes menos auto-críticos ($t(39)=-2.699$; $p=.001$). Por sua vez, os adolescentes não apresentam diferenças estatisticamente significativas na proximidade ao grupo social ($t(39)=1.767$; $p=.085$), embora os adolescentes menos auto-críticos apresentem valores médios mais elevados de proximidade ao grupo social ($M=34.61$; $DP=7.88$ versus $M=29.15$; $DP=11.63$) do que os adolescentes mais auto-críticos.

4.3.1. Análises de regressão: preditores da vinculação

No sentido de compreendermos melhor os resultados anteriormente obtidos realizámos análises de regressão linear para explorar a contribuição do auto-criticismo e a vergonha interna para a vinculação.

Os resultados mostram que as formas do auto-criticismo explicam, no seu total, 33.4% ($R=.578$; $p=.000$) da variância da vinculação ansiosa. Os valores de β standardizados mostram que apenas a sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS constitui o preditor significativo da vinculação ansiosa ($\beta=.517$; $t=3.953$; $p=.000$).

Por sua vez, as formas do auto-criticismo explicam, no seu total, 61.3% ($R=0.783$; $p=0.000$) da variância da vinculação evitante. Os valores de β standardizados mostram que apenas a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS constitui o preditor significativo da vinculação evitante ($t=3.953$; $p=.000$).

No sentido de compreendermos quais os melhores preditores da vinculação evitante procedemos à realização de uma análise de regressão múltipla hierárquica ou por blocos. (cf. Quadro 6).

Os dados sugerem que no modelo 1, a sub-escala *Vergonha* da ISS explica 84.4% da variância da vinculação evitante ($F(1,39)=210.868$; $p=.000$). No modelo 2, quando entra na equação a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS verifica-se pelo valor do standardizado que apenas a sub-escala *Vergonha* da ISS constitui o único preditor significativo ($\beta = .887$; $t=8.295$; $p=.000$) da vinculação evitante.

Os dados sugerem que a vergonha interna parece ser fundamental para a vinculação evitante.

Quadro 6: Análise de regressão múltipla hierárquica ou por blocos da sub-escala Vergonha da ISS e da sub-escala Eu Inadequado da FSCRS sobre a sub-escala Vinculação Evitante da EVGS.

Modelo	R	R ²	F	p
1	.919	.844	210.868	.000
2	.919	.844	103.157	.000
Modelo	Preditores	β	T	p
1	Vergonha	.887	8.295	.000
2	Eu Inadequado	.039	.365	.717

4.4. Auto-criticismo, vergonha interna e psicopatologia

Realizámos correlações de *Pearson* para estudar a relação entre o auto-criticismo, a vergonha interna e a psicopatologia (cf. Quadro 7).

As sub-escalas do auto-criticismo mostraram-se positivamente correlacionadas com a depressão, à excepção da sub-escala *Eu Tranquilizador* da FSCRS. O *Eu Inadequado* é a sub-escala da FSCRS que apresenta uma magnitude de correlação mais elevada com a depressão ($r=.72$). Encontrámos ainda uma correlação positiva entre a vergonha interna e a depressão, com uma magnitude de correlação moderada ($r=.68$).

Quadro 7: Correlações de *Pearson* entre as Escalas das Formas e das Funções do Auto-criticismo, a ISS e a sub-escala Depressão da EADS-42 (N=41)

	EADS-42 Depressão
Formas Auto-criticismo	
FSCRS Eu Inadequado	.72**
FSCRS Eu Detestado	.63**
FSCRS Eu Tranquilizador	-.55**
Funções Auto-criticismo	
FSCS Auto-Ataque	.55**
FSCS Auto-Correccção	.56**
Vergonha	
ISS Vergonha	.68**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Com vista a compreender se, de facto, os adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos se distinguem dos adolescentes com psicopatologia menos auto-críticos na depressão realizámos testes-*t*, com grupos formados a partir dos valores medianos da sub-escala *Eu Detestado* da FSCRS. Os dados revelam que adolescentes mais auto-críticos se distinguem dos adolescentes menos auto-críticos ($t(39)=-3.206$; $p=.003$), apresentando valores médios mais elevados de depressão ($M=31.54$ versus $M=18.57$).

4.4.1. Análise de regressão: preditores da depressão

No sentido de compreendermos quais os melhores preditores da sintomatologia depressiva procedemos à realização de uma análise de regressão múltipla hierárquica ou por blocos, em que introduzimos no primeiro bloco a sub-escala *Vergonha* da ISS e no segundo bloco acrescentámos a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS.

Os dados apresentados no Quadro 8 sugerem que no modelo 1, a sub-escala *Vergonha* da ISS explica 45.8% da variância da depressão ($F(1,139)=33.003$; $p=.000$). No modelo 2, quando entra no modelo de equação a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS verifica-se que ambos explicam 54.8% da variância da depressão, sendo que apenas a sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS constitui o único preditor significativo com um valor $\beta=.502$ ($t=2.754$; $p=.009$). Este dado sugere que a existência de uma visão do eu defeituosa e inferior contribuiu para a depressão.

Quadro 8: Análise de regressão múltipla hierárquica ou por blocos da sub-escala *Vergonha* da ISS e da sub-escala *Eu Inadequado* da FSCRS sobre a sub-escala *Depressão* da EADS-42.

Modelo	R	R ²	F	P
1	.677	.458	33.003	.000
2	.741	.548	7.784	.009
Modelo	Preditores	β	T	p
1	<i>Vergonha</i>	.275	1.507	.140
2	<i>Eu Inadequado</i>	.502	2.754	.009

* $p<.05$; ** $p<.01$

Discussão

A adolescência precipita uma série de mudanças fisiológicas, relacionais e contextuais. Estas incluem o desenvolvimento de modelos complexos de relacionamento eu-outros, a formação de uma nova e independente identidade, a formação de novas identidades sociais, preocupação com o bem-estar dentro e fora do grupo, a procura e valorização dos pares como forma de obter autonomia (Wolfe et al., 1986; Allen & Land, 1999; Stainberg, 2002). Apesar das mudanças serem positivas acarretam dificuldades potenciais, sobretudo ao nível da auto-apresentação, auto-consciência, vergonha, medo de rejeição e de ficar preso num estatuto social baixo (Gilbert & Irons, 2005). Parece, então, que a competição social está na origem da vergonha e auto-criticismo. O presente estudo foi desenhado para compreender o papel do auto-criticismo e da vergonha e as suas implicações no auto-dano, em adolescentes.

Os resultados obtidos mostram que os adolescentes com auto-dano são aqueles que apresentam níveis mais elevados de auto-criticismo, o que significa que quando as coisas correm mal ou quando não funcionam como queriam ou quando

cometem erros, apresentam um discurso interno focado maioritariamente nos erros e sentimentos de inadequação, na vontade de magoar o eu evidenciando sentimentos de agressividade, ódio e aversão auto-dirigida. Este resultado é corroborado por alguns estudos encontrados na literatura, que mostram que o auto-criticismo tem um papel relevante numa série de problemas psicológicos, entre os quais o auto-dano (Babiked & Arnold, 1997 *cit in* Gilbert & Irons, 2005). Por sua vez, estes adolescentes pontuam menos no eu tranquilizador, sendo os adolescentes normais que mais pontuam nesta dimensão, o que evidencia que os adolescentes com psicopatologia com e sem auto-dano têm uma relação menos auto-compassiva, focando-se menos nos aspectos positivos do eu e de auto-aceitação. Estes dados sustentam a hipótese de Favazza (1996 *cit in* Ryan, Heath, Fisher & Young, 2008) que os indivíduos com auto-dano apresentam estratégias de *coping* limitadas e mais disfuncionais.

Verificámos que a função pela qual os adolescentes se criticam também difere entre os grupos. Nos adolescentes com auto-dano, o auto-criticismo funciona quase como uma “perseguição interna”, motivada por uma vontade de agredir, magoar, destruir e vingar-se do próprio eu pelas falhas e fracassos cometidos. Este dado corrobora os resultados de um estudo recente desenvolvido com uma amostra de estudantes entre os 14 e os 17 anos de idade que salienta que uma das razões que leva os adolescentes a emitir comportamentos de auto-dano é o forte desejo de magoar, atacar e punir o próprio eu (Scoliers et al., 2009).

No que concerne à vergonha interna, os adolescentes com auto-dano têm mais vergonha internalizada quando comparados com adolescentes sem auto-dano e normais, o que significa que os primeiros têm uma visão de si como maus, sem valor e não desejados. Estes resultados vão ao encontro do que é apontado na literatura. Vários estudos mostram que a vergonha está associada a estilos de *coping* disfuncionais, nomeadamente a comportamentos de auto-dano (Tangney & Dearing, 2002). Por sua vez, Linehan (1993) considera a vergonha uma emoção central na perturbação *borderline* da personalidade, bem como no comportamento de auto-dano. Em 2007, Rusch e colaboradores desenvolveram um estudo com mulheres com perturbação *borderline* e encontraram que estas obtiveram pontuações mais elevadas na vergonha do que mulheres com fobia social e mulheres normais, o que, à semelhança do nosso estudo, veio sugerir que a vergonha constitui uma emoção nuclear na perturbação *borderline* e nos comportamentos de auto-dano.

Por sua vez, os adolescentes com auto-dano diferenciam-se claramente dos dois outros grupos, manifestando níveis mais elevados de dissociação. Este dado reforça a ideia de Gratz e colaboradores (2002, *cit in* Batey, May & Andrade, 2010) que consideram que a dissociação exerce um papel importante no comportamento de auto-dano. Mais precisamente, Klonsky (2007) sugere que um dos propósitos do

auto-dano consiste em proporcionar uma sensação física ao indivíduo de modo a interromper os sintomas dissociativos e ajudá-lo a voltar à sua experiência actual. Por sua vez, os adolescentes normais apresentam valores ligeiramente superiores de dissociação do que os adolescentes com psicopatologia sem auto-dano. É possível entender esta ligeira proeminência da dissociação nos adolescentes normais se, à semelhança de Armstrong e colaboradores, conceptualizarmos a dissociação como uma experiência normativa (1997 *cit in* Sayar & Kose, 2003)

No que concerne à vinculação e proximidade com o grupo social, os adolescentes com auto-dano manifestam uma vinculação insegura (ansiosa ou evitante), como tal conceptualizam o grupo como coersivo e rejeitador do eu, enquanto os adolescentes normais têm uma visão do grupo como acolhedor, fonte de suporte emocional, conforto e segurança. Os adolescentes com auto-dano apresentam um elevado desejo de estabelecer relações de proximidade, apesar da insegurança de poderem contar com o apoio dos outros e da constante preocupação em serem rejeitados e abandonados. Também é frequente estes adolescentes verem a proximidade ao grupo como desnecessária ou indesejável e agirem de modo independente para tentar evitar a proximidade ou a dependência ao grupo, pois os outros são vistos como não confiáveis e fidedignos (Collins, 1996). Por sua vez, os adolescentes normais deverão ter uma visão do grupo como aceitador, preocupando-se menos com a tentativa de ganhar aprovação e aceitando a dependência e intimidade com o grupo como um valor positivo contribuindo para a sua proximidade e integração sócio-afectiva. Como esperado, os níveis de proximidade e ligação ao grupo social são superiores nos adolescentes normais. Estes dados sugerem que estes adolescentes parecem ter um sentido de pertença mais desenvolvido e expectativas positivas face ao grupo (p.e., de que o grupo é valioso e aceitador). Estes resultados são suportados por Favazza e colaboradores (1993, 2005 *cit in* Ryan et al., 2008; Castille et al., 2007) que descobriram que um factor comum aos comportamentos de auto-dano é a percepção de isolamento, de desconexão e alienação social. Neste sentido, o isolamento social assume-se então como factor que, em combinação com outros aspectos, aumenta o risco para os indivíduos manifestarem comportamentos de auto-dano (Lacey & Evans, 1986; Lieberman, 2004 *cit in* Ryan et al, 2008).

Verificámos também que nos adolescentes com psicopatologia, os que têm auto-dano apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Estes dados são corroborados por outros estudos, tais como o estudo de Andover e colaboradores (2005 *cit in* Mangnall & Yurkovich, 2008) em que os autores concluíram que os indivíduos que apresentam comportamentos de auto-dano manifestam níveis mais significativos de depressão e ansiedade em relação ao grupo de controlo. Klonsky (2007) concluiu também que a ansiedade e a depressão são dimensões psicopatológicas habitualmente observadas em indivíduos que apresentam auto-dano.

Para além disto, os adolescentes com psicopatologia (com ou sem auto-dano) apresentam um discurso interno auto-crítico focado maioritariamente nos erros e sentimentos de inadequação, na vontade de magoar o eu, evidenciando sentimentos de agressividade e ódio para com o mesmo, o que está associado à internalização de uma imagem do eu como inadequado, inferior e defeituoso. Pelo contrário essa visão do eu é incongruente com a capacidade de ter afecto pelo eu, de recordar os aspectos positivos do eu, de continuar a gostar e a cuidar de si próprio, mesmo perante situações de embaraço e decepção. Os dados obtidos pelos estudos levado a cabo por Gilbert et al. (2004) apontam no sentido duma associação positiva entre o auto-criticismo e a vergonha externa (Gilbert, 2000, 2002, 2005; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006). No entanto, nenhum deles se debruça sobre a vergonha internalizada. Parece-nos importante explicitar que os resultados encontrados com esta investigação vão ao encontro do que hipotetizámos, o que por sua vez valida e corrobora o modelo teórico focado na vergonha e teoria das mentalidades sociais defendido pelo autor supracitado.

No que concerne à dissociação verificámos que ter a sensação de que está separado de si próprio ou de irreabilidade ou estranheza do meio envolvente está mais associada a uma visão do eu como inferior, defeituoso e sem valor e de um discurso interno hostil no qual seja evidente o sentimento de repugnância e ódio ao eu que se traduz numa “perseguição interna”, motivada pela vontade de agredir, magoar e destruir o próprio. Também Irwin, em 1998, encontrou associações entre a vergonha e a dissociação.

As nossas hipóteses também foram corroboradas ao verificarmos que os adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos revelam níveis mais elevados de vinculação ansiosa e de vinculação evitante. Além disso, verificámos que nos adolescentes com psicopatologia, a vivência de um sentimento interno de ódio e repugnância pelo eu, traduzido pelo desejo agressivo e persecutório de maltratar e insultar o eu contribui significativamente para a expressão de um desejo de estabelecer relações de proximidade, apesar da insegurança no poderem contar com o apoio dos outros e da constante preocupação por poderem ser rejeitados. Por outro lado, a experiência de um sentimento interno de desvalorização e de desapontamento do eu perante falhas, fracassos ou obstáculos contribui significativamente para o evitamento de proximidade e dependência face ao grupo social, por medo de serem feridos ou rejeitados (evitamento do dano). No entanto, ao contrário do esperado, embora os adolescentes com psicopatologia (com e sem comportamentos de auto-dano) mais auto-críticos apresentem uma ligação e proximidade ao grupo social mais pobre, a diferença não é significativa. Estes resultados são suportados pelos estudos de Leadbeater et al., (1995 *cit in* Thompson & Zuroff, 1999) que indicam que em adolescentes, o auto-criticismo está negativamente associado com as competências sociais e com a vinculação

aos pais e aos pares. Nesta linha, Fichman et al. (1996 *cit in* Thompson & Zuroff, 1999) encontraram que adolescentes auto-críticos relatam relações interpessoais pobres e fraco ajustamento ao grupo, especificamente por serem pouco sociáveis e demasiado controladores.

Como seria esperado, verificámos que a depressão ocorre sobretudo nos adolescentes com psicopatologia mais auto-críticos. Além disso, a resposta depressiva depende sobretudo de uma visão do eu como inferior, pequeno e defeituoso. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Blatt et al. (1992 *cit in* Thompson & Zuroff, 1999) que encontraram que o auto-criticismo está associado a uma ampla gama de perturbações psicológicas, tanto de externalização como de internalização. Num estudo posterior, Blatt et al. (1993) verificaram uma associação forte entre auto-criticismo e a disforia em adolescentes. Leadbeater et al. (1995) encontraram que o auto-criticismo está associado a uma elevada prevalência da depressão em mulheres durante a adolescência (*ibidem*).

6. Limitações e investigações futuras

A nossa investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente, as desvantagens inerentes ao uso de instrumentos de auto-resposta, particularmente não aferidos para os adolescentes. Para além disto, salientamos o número reduzido da amostra que impediu que se fizessem determinados procedimentos estatísticos. Esta limitação dá-nos também informação útil a respeito de algumas particularidades inerentes ao comportamento de auto-dano em adolescentes, ou seja, os casos que chegam aos serviços de saúde e que são sinalizados são pouco representativos do universo de adolescentes que emitem estes comportamentos associado à dificuldade de sinalização e diagnóstico.

No geral, embora estas limitações possam ter contribuído para resultados pouco robustos, permite-nos assinalar algumas tendências relevantes da fenomenologia dos comportamentos de auto-dano e elaborar alguns apontamentos sobre futuras linhas de pesquisa.

7. Conclusões

Os adolescentes com auto-dano são mais auto-críticos, têm mais vergonha internalizada e sintomatologia depressiva do que os adolescentes sem auto-dano e adolescentes normais. Esses adolescentes manifestam igualmente um maior número de comportamentos dissociativos e uma vinculação ansiosa e evitante e uma ligação e proximidade ao grupo social mais pobre.

Os adolescentes com psicopatologia (com e sem auto-dano) apresentam um estilo de processamento mais auto-crítico, mais vergonha internalizada e mais comportamentos dissociativos. A adoção de uma atitude dura, crítica e punitiva para com o próprio perante situações de falha e desapontamento pessoal associada a uma visão de si como inferiores, defeituosos e inadequados contribui para a experiência dissociativa. Aqueles que possuem uma visão do eu como inferior, pequeno e defeituoso têm mais probabilidade de deprimirem dada a contribuição desta vivência de inferioridade para o surgir de sintomatologia depressiva.

8. Referências bibliográficas

- Allen J. P. & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy and P. Shaver (Eds). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp.319-335). New York: The Guildford Press.
- Batey, H., May, J. & Andrade, J. (2010). Negative Intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40 (1), 35-49
- Brunet, A., Holowka, D. W., & Laurence, J. R. (2001). *Dissociation. Encyclopedia of the Neurological Sciences*, M. Aminoff & R. Daroff (Eds). San Diego: Academic Press.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S., &Howlett, B (2007). The Early Madalapatative Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(1), 58-71.
- Collins, F. (2004). *What is dissociation?* Recuperado a 20 de Maio de 2010 do *website* Dissociation Australia – A Component Group of the International Society for the Study of Dissociation <http://arts.monash.edu.au/behaviour/dissociation/whatisdiss.pdf>
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 644-663.
- Collins, N. L., (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (4), 810-832.
- Cook, D. (1996). Empirical Studies of Shame and Guilt: The Internalized Shame Scale. In D. Nathanson (Ed). *Knowing Feeling. Affect, Script and Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Dorahy, M. Lewis, C. A., Millar, R. G. & Gree, T. L. (2003). Predictors of Nonpahological Dissociation in Northern Ireland: the Affects of Trauma and Exposure to Political Violence. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (6). 611-618.
- 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. & McGuire, M. (1998). Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture*, 99-125, Oxford University Press: Oxford and New York.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum.
- Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert and K. Bailey (Eds.) *Genes on the Couch: Explorations in Evolucionary Psychotherapy* (118-151). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2002). Body Shame: A biopsychological conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert and J. Miles (Eds.) *Body Shame: Conceptualisation Reseach and Treatment* (3-54). London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualisations, Reseach and Use in Psychotherapy* (9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Couselling for Depression*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183-200.
- Gilbert, P., Cheug, M., Irons, C. & McEwan, K. (2005). An Exploration into Depression-Focused and Anger-Focused Rumination in Relation to Depression in a Student Population. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 33, 273-283.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 4 (23), 253-263.
- Harder, D. & Greenwald, D. (2000). The psychotherapy of shame-related pathology from an evolutionary perspective. In P. Gilbert and K. Bailey (Eds.) *Genes on the Couch: Explorations in Evolucionary Psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Howell, D. (2006). *Estatistical Methods for Pshychology* (6ed) USA: Thomson Wadsworth.
- Irwin, H. J. (1998). Pathological and Nonpathological Dissociation: The relevance of Childhood Trauma. *The Journal of Psychology*, 133 (2), 157-164.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guildford Press.
- Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (3), 175-184.
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy* DOI:10.1002/cpp.
- Messer, J. M. & Freumouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178.
- 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.
- Pais-Ribeiro, J., Hontado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

- Rodham, K., Hawton, K. & Evan, E. (2005). Deliberate self-harm in adolescents: the importance of gender. *Psychiatric Times*, 22, 36-40.
- Ross, S. & Heath, N. L. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *The American Association of Suicidology*, 33 (3), 277-287.
- Rusch, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. Corrigan, P. & Bohus, M. (2007). Shame and Implicit Self-Concept in Women with Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (3), 500-508.
- Ryan, K., Heath, M., Fisher, L. & Young, E. (2008). Superficial self-harm: perceptions of young women who hurt themselves. *Journal of Mental Health Counseling*, 30 (3), 237-254.
- Sayar, K. & Kose, S. (2003). The Relationship Between Alexithymia and Dissociation in an Adolescent Sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 4 (13), 167-173.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Ystgaard, M., Arensman, E., De Leo, D., Fekete, S., van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (8), 601-607.
- Smith, E. R., Murphy, J. & Coats, S. (1999). Attachment to groups: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (1), 94-110.
- Stainberg L. (2002). *Adolescence*. Boston: McGraw Hill.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 5 (18), 531-554.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: The Guilford Press.
- Thompson, R. & Zuroff, D. (1999). Development of Self-Criticism in Adolescent Girls: Roles of Maternal Dissatisfaction, Maternal Coldness, and Insecure Attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (2), 197-210
- Wolfe, R. N., Lennox, R. D. & Cutler, B. L. (1986). Getting along and getting ahead: Empirical support of a theory of protective and acquisitive self-presentation. *Journal of Social and Personality*, 50, 356-361.

Self-criticism, internal shame and dissociation: their contribution to self-harm pathoplasty in adolescents

We know that individuals with self-harm behaviors have a dysfunctional relationship with themselves, based on a negative, flawed, devalued or even detested view of the self. We also know that these individuals present more psychopathology and some of them, in adulthood, may fill the criteria for borderline personality pathology. This research aims to understand the phenomenology of self-harm behaviors and the contribution of self-criticism and shame for its patoplasty. The sample is composed of 81 adolescents (40 are normal, 22 have psychopathology and 19 have psychopathology and self-harm behaviors). The results indicate that adolescents with self-harm behaviors have higher rates of self-criticism, internal shame and dissociation. These adolescents establish a social group with insecure attachment and low proximity and present more depression. In adolescents with

psychopathology, a vision of the self as inferior, defective and small contributes significantly to depression.

KEY-WORDS: Self-criticism, Shame, Dissociation, Attachment to the group, Self-harm, Teenagers.

L'autocritique, la honte interne et la dissociation: sa contribution à patoplastie d'automutilation chez les adolescents

Nous savons que les personnes atteintes d'automutilation ont une relation dysfonctionnelle avec eux-mêmes, marquées par une vision négative, viciée, défectueuse, dévalués ou même a se détester eux mêmes. Nous savons que ces personnes ont plus d'une psychopathologie et certains d'entre eux, chez les adultes, peuvent répondre aux critères de trouble de la personnalité borderline.

Cette étude tente de comprendre la phénoménologie des comportements d'automutilation et de la contribution à l'autocritique et de honte interne pour leur patoplastie. L'échantillon est composé de 81 adolescents (40 sont normaux, 22 ont psychopathologie et 19 ont psychopathologie avec des comportements d'automutilation). Les résultats indiquent que les adolescents, qui montrent l'automutilation, ont des taux plus élevés de l'autocritique, de la honte interne et de la dissociation. Au groupe social, ils établissent un attachement insécurisé et de faible proximité et ont plus dépression. Chez les adolescents qui ont psychopathologie, l'existence d'une vision d'eux-mêmes défectueux et inférieur contribue de manière significative au développement de la dépression.

MOTS-CLÉS: Autocritique, La honte interne, La dissociation, L'attachement au groupe, L'automutilation, Adolescence