



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**FAMÍLIA, DOR E PERFEIÇÃO: A RELAÇÃO  
ENTRE O FUNCIONAMENTO FAMILIAR, OS  
COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS E  
PERFECCIONISMO**

**BRUNO MIGUEL ROSA ALMEIDA**

Orientador de Dissertação:

Professora Dra. MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Professor de Seminário de Dissertação:

Professora Dra. MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação  
de Professora Dra. Maria Gouveia-Pereira,  
apresentada no ISPA – Instituto Universitário para  
obtenção de grau de Mestre na especialidade de  
Psicologia Clínica

## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação, e todo o trabalho que levou á sua génese e termino, traduz o início do meu caminho profissional, mas também o fim dos meus cinco anos, cheios de desafios, esforços e memórias no ISPA-IU.

Ao ISPA-IU pelos cinco anos mais elucidantes e enriquecedores que poderia ter tido no meu caminho académico na psicologia.

Aos meus colegas do seminário de dissertação, que sempre me ajudaram e apoiaram através de discussões de ideias e duvidas, compaixão e empatia trocadas ao longo dos momentos mais difíceis durante o desenvolvimento da dissertação.

Ao meu grande amigo Peter Taylor e amiga Cátia Faria, que sempre me acompanharam e apoiaram, quer a nível académico ou pessoal, durante a minha jornada no ISPA-IU.

Aos meus amigos Inês Aleluia, Christopher Rodrigues, Pedro Suzano e muitos outros, demais para serem mencionados, pela amizade incondicional, apoios e forças que sempre me forneceram, para que eu nunca desistisse mesmo nas alturas mais precárias.

Aos meus pais por tudo. Por estarem sempre lá por mim, pelos sacrifícios que fizeram, por me fornecerem a oportunidade de frequentar o ISPA-IU e muito mais. Sem eles, não estaria onde estou hoje e estou lhes eternamente grato.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

## RESUMO

Os comportamentos autolesivos e a disfunção familiar têm sido um foco na literatura da psicologia clínica. O perfeccionismo, no entanto, tem também sido associado, ao longo dos anos, com várias sintomatologias psicopatológicas, incluindo os comportamentos autolesivos. Posto isto, decidimos averiguar a relação entre os comportamentos autolesivos, o perfeccionismo e as dinâmicas familiares disfuncionais, especificamente conflitos e disfuncionamento familiares. Posto isto, a presença de comportamentos autolesivos apresenta uma associação positiva e significativa com o conflito familiar ( $r = 0,247$ ;  $p < 0,05$ ) e uma associação negativa e significativa com o rácio de funcionamento familiar ( $r = -0,249$ ;  $p < 0,05$ ). O perfeccionismo socialmente prescrito encontra-se positivamente e significativamente associado com o conflito familiar ( $r = 0,449$ ;  $p < 0,05$ ) e negativamente associado com o rácio do funcionamento familiar ( $r = -0,521$ ;  $p < 0,05$ ). Por fim, não foram encontradas quaisquer associações entre os comportamentos autolesivos e o perfeccionismo socialmente prescrito.

**Palavras-Chave:** Perfeccionismo, Comportamentos Autolesivos, Funcionamento Familiar, Conflito familiar

## ABSTRACT

Throughout the years, *Non Suicidal Self Injury (NSSI)* and family dysfunction has been the focus of clinical psychology literature. Perfectionism, however, has been shown to be associated with multiple psychopathological symptomatology, including *NSSI*. With that said, we decided to study the associations between dysfunctional family dynamics, specifically family conflict and functioning, Perfectionism and *NSSI*. We found a positive and significant Relationship between *NSSI* and familial conflict ( $r = 0,247; p < 0,05$ ), and a negative and significant association between *NSSI* and the ratio of family Functioning ( $r = -0,249; p < 0,05$ ). In regards to perfectionism, we found a positive association between socially prescribed perfectionism and family conflict ( $r = 0,449; p < 0,05$ ), and a negative association with the ratio of family functioning ( $r = -0,521; p < 0,05$ ). Finally, we didn't find any associations between *NSSI* and socially prescribed perfectionism.

**Key Words:** Perfectionism, Family Conflict, *NSSI*, Family Functioning

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	IV
Abstract.....	V
Introdução .....	1
Revisão de literatura .....	3
Funcionamento Familiar e o Modelo Circumplexo .....	3
Conflitos no agregado familiar.....	5
Comportamentos Autolesivos .....	7
As dimensões do Perfeccionismo .....	10
Questão de investigação/Problemática.....	12
Método .....	14
Participantes .....	14
Instrumentos.....	16
FACES IV.....	16
Inventário do Clima Familiar (ICF).....	18
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Flett e Hewit.....	19
Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL) .....	19
Questionário Sócio Demográfico .....	20
Procedimento.....	20
Resultados .....	21
Análise estatística.....	22
Hipótese 1 .....	22
Hipótese 2.....	22
Hipótese 3.....	23
Hipótese 4.....	25

Hipótese 5 .....	25
Hipótese 6 .....	25
Hipótese 7 .....	26
Hipótese 8 .....	28
Discussão .....	29
Conclusão.....	33
Referências Bibliográficas .....	34
ANEXOS .....	41
Anexo A: FACES IV.....	42
Anexo B: ICAL .....	46
Anexo C: Inventário Clima Familiar.....	48
Anexo D: EMP.....	49

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> .....	<b>17</b>
Fórmulas dos Rácios do Modelo Circumplexo	

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Número de Participantes (n=99) por Género .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Tabela 2</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Número de Participantes (n=99) por Nacionalidade.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Tabela 3</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Número de participantes (N=99) por nível de escolaridade.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Tabela 4</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Número de Irmãos/Irmãs por Participante .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Figura 1 Fórmulas dos Rácios do Modelo Circumplexo.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Tabela 5</b> .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

Descrição Estatística e Indicador de Fiabilidade das Dimensões do FACES IV ..... **Erro! Marcador não definido.**

<b>Tabela 6</b> .....	21
Frequências presença de comportamentos autolesivos .....	21
<b>Tabela 7</b> .....	23
Tabela de Matriz Correlacional dados do Perfeccionismo .....	23
<b>Tabela 8</b> .....	26
Matriz Correlacional dados dos Comportamentos Autolesivos (CAL) .....	26
<b>Tabela 9</b> .....	27
Matriz Correlacional Resultados do Perfeccionismo e Comportamentos Autolesivos (CAL).....	27

## INTRODUÇÃO

*“Vem sentar-te comigo Lídia, à beira do rio.  
Sossegadamente fitemos o seu curso e aprendamos  
Que a vida passa, e não estamos de mãos enlaçadas.  
Depois pensemos, crianças adultas, que a vida  
Passa e não fica, nada deixa e nunca regressa,  
Vai para um mar muito longe, para ao pé do Fado,  
Mais longe que os deuses.”  
(Vem sentar-te comigo Lídia... Ricardo Reis)*

O período da adolescência é um dos períodos mais turbulentos, mas paradoxalmente importantes na vida do ser humano. Começam a emergir novas oportunidades que outrora não eram possíveis a vários níveis, quer seja relacional, profissional ou académico. É um período de transição repleto de expectativas e mudanças (Larson, Moneta, Richard & Wilson, 2002) que nos prepararam para futura vida adulta e todos os seus desafios inerentes. No entanto, encontramos também uma maior instabilidade emocional que possui inúmeras ramificações desenvolvimentais. É devido a esta mesma instabilidade que começam a emergir atitudes mais impulsivas e/ou auto destrutivas, como por exemplo o abuso de substâncias ou, um dos temas centrais desta dissertação, os comportamentos autolesivos.

A literatura Portuguesa dos comportamentos autolesivos tem, ao longo dos anos, pintado uma imagem preocupante sobre o estado de saúde mental da população juvenil. Por exemplo, a média de jovens que reportam cometer um comportamento autolesivo chega quase aos 20%, número que se considera preocupante (Martins, Marques, Loureiro, Carreiro da Costa, Diniz & Gaspar de Matos, 2019; Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social, 2011). Indica que uma boa parte da comunidade se encontra em sofrimento, um tipo de sofrimento que não está a ser devidamente atendido pelo nosso sistema de saúde. Face a isto, o estudo dos comportamentos autolesivos revela-se como importante, fornecendo-nos uma melhor conceção do fenómeno que nos irá permitir abordar estes casos com maior eficácia.

No entanto, este não será o único fenómeno a ser abordado nesta dissertação. À semelhança dos comportamentos autolesivos, a literatura tem revelado a presença de associações entre o perfeccionismo e autocrítica exagerada com vários sintomas e psicopatologias, como por exemplo distúrbios obsessivo-compulsivos (Ferreira, Nascimento, Macedo, Pereira & Pissarra, 2017) ou até mesmo os comportamentos autolesivos (Flett, Goldstein, Hewitt & Wekerle, 2012). É um aspeto de personalidade que pode facilitar a génese de sintomatologia psicopatológica e de outros comportamentos desajustados, levando ao sofrimento.

No entanto, pouco se sabe ao certo sobre os reais efeitos do perfeccionismo devido à falta de um corpo de estudos que desenvolvam o conceito e as suas aplicações práticas. Posto isto, é importante que se desenvolvam cada vez mais estudos que averiguem os potenciais efeitos do perfeccionismo, existindo um nicho que não está a ser satisfeito na prática clínica. As conceções teóricas deste tema podem ser enriquecidas com um surgimento de estudos que, posteriormente, nos poderão ajudar a atender as especificidades práticas com mais eficácia e precisão. É aqui que damos início a esta dissertação, seguindo com o devido enquadramento das variáveis em jogo.

## REVISÃO DE LITERATURA

Serão abordados, ao longo desta revisão, os temas do funcionamento e conflito familiares, sendo seguidamente acompanhados pelos comportamentos autolesivos e o perfeccionismo, com o propósito de averiguar a relação existente entre as variáveis familiares e as psicopatológicas. Deste modo, será dado início à revisão de literatura, começando com o enquadramento do funcionamento familiar, o modelo circumplexo e a comunicação familiar.

### **Funcionamento Familiar e o Modelo Circumplexo**

*“ O amor é uma companhia.  
Já não sei andar só pelos caminhos,  
Porque já não posso andar só.  
Um pensamento visível faz-me andar mais depressa  
E ver menos, e ao mesmo tempo gostar bem de ir vendo tudo.”  
(Alberto Caeiro, O Amor é uma Companhia)*

A família, ao longo dos anos, tem sido uma das variáveis com maior interesse para a literatura da psicologia clínica e social, é uma das entidades mais prevalentes e marcantes na vida do indivíduo e, por isso, tem sido alvo de bastantes estudos que tentam associá-la com inúmeras problemáticas psicológicas.

Emerge David H. Olson, terapeuta familiar que desenvolveu um modelo que permite integrar várias variáveis familiares para que seja possível a sua exploração e estudo. Este modelo foi por ele denominado de “Modelo circumplexo” (1989, 2000). É considerado como particularmente útil na análise dos sistemas conjugais e relacionais intrafamiliares pela comunidade investigativa, sendo o suporte de inúmeros estudos, incluindo a presente dissertação. Integra três dimensões familiares que foram apontadas, ao longo dos anos na literatura, como centrais na compreensão do funcionamento familiar, sendo estas, a coesão, a flexibilidade e a comunicação familiar.

Este modelo é utilizado para fazer a ponte entre a teoria, a investigação e a prática propriamente dita, sendo empregue na prática em terapias familiares (Olson, 1989), possibilitando um maior conhecimento do sistema familiar e das suas dificuldades, permitindo uma intervenção eficaz, através da avaliação da funcionalidade do sistema familiar. Posto isto, tem como objetivo central a redução de problemas visíveis e sintomas no sistema familiar, através de intervenções focadas nos aspetos disfuncionais no casal/família (Olson, 2000).

O modelo avalia o funcionamento familiar através da harmonia entre ambas as dimensões centrais, a flexibilidade e a coesão, permitindo a análise e compreensão do funcionamento dos sistemas familiares desequilibrados e equilibrados (Olson, 2011). Relações e interações

familiares equilibradas conduzem a um funcionamento familiar saudável, enquanto as relações e interações familiares desequilibradas estão associados a funcionamentos familiares problemáticos e disfuncionais (Olson, 2011).

A coesão é definida pelo laço emocional que o casal, ou os membros do agregado familiar, estabelece entre si (Olson & Gorall 2003) e diz respeito à forma como os agregados familiares se organizam e posicionam entre os dois extremos do espetro da coesão, estes sendo a separação total, a união extrema e o equilíbrio. A Flexibilidade familiar é descrita por Olson e Gorall (2003) como sendo o modo como os agregados familiares se posicionam entre os extremos de estabilidade e mudança, definidos pela quantidade de mudança na liderança, papéis e regras relacionais.

A terceira dimensão incluída no modelo, denominada de comunicação familiar, não é graficamente representada, sendo uma dimensão facilitadora do movimento da coesão e da flexibilidade entre os vários níveis de funcionalidade. É medida através das capacidades comunicativas que a família possui como um grupo, levando a que agregados familiares funcionais apresentem níveis equilibrados de comunicação e que agregados familiares disfuncionais apresentem níveis desequilibrados de comunicação (Olson, 2000).

Ambas as dimensões principais, a coesão e a flexibilidade, quando presentes em níveis extremos podem levar a um funcionamento familiar disfuncional, levando posteriormente a certos problemas psicopatológicos em jovens. Numa perspetiva sistémica, o funcionamento familiar necessita de ambos os extremos para funcionar devidamente, sendo necessário que o sistema responda às necessidades específicas de cada membro do agregado e, ao mesmo tempo, mantenha uma ligação de unidade/estabilidade (Sampaio & Gameiro, 2005).

Por exemplo, um estudo de Kashani, Allen, Dahlmeier, Rezvani e Reid (1995) verificou que crianças com problemáticas depressivas reportavam funcionamentos familiares mais desagregados, havendo ligações emocionais mais pobres. Gomes & Gouveia-Pereira (2014) também descobriu que adolescentes inseridos num sistema familiar com níveis de funcionamento disfuncionais apresentam maiores níveis de ideação suicida quando comparados com adolescentes provenientes de famílias com níveis de funcionamento mais equilibrados.

Face a estes resultados, podemos assumir que uma família disfuncional favorece o desenvolvimento de sintomatologias autodestrutivas e impulsivas. De facto, vários autores portugueses (Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda & Candeias 2020; Sampaio & Gameiro 2005;

Gomes & Gouveia-Pereira 2014; entre outros) têm abordado neste tema, contextualizando-o na população de jovens portugueses, e relacionando-o com vários fatores de risco comportamentais. No entanto, o termo “funcionamento familiar”, da forma como está operacionalizado, tem apenas em conta a coesão, a flexibilidade, a comunicação e a harmonia entre as dimensões principais. Estas dimensões não representam as únicas disfuncionalidades presentes num sistema familiar, revelando uma falha que poderá não estar a ser atendida na prática clínica. Torna-se, assim, pertinente o segundo tema desta dissertação, o conflito familiar.

### **Conflitos no agregado familiar**

“A realidade  
Sempre é mais ou menos  
Do que nós queremos.  
Só nós somos sempre  
Iguais a nós-próprios.”  
(Ricardo Reis, Segue o teu Destino)

Os conflitos familiares têm sido outro alvo de interesse para a literatura do funcionamento familiar, sendo estudado há mais de duas décadas por autores como Cummings e Davies (2010). Infelizmente, o termo “conflito familiar” não tem uma definição estabelecida na literatura, estando associado a vários fenómenos familiares diferentes, tais como os conflitos maritais, conflitos entre pais e filhos, conflitos entre irmãos, entre outros. Devido a isto, nesta dissertação, o termo de conflitos familiares será abordado na sua generalidade.

O tema tem ganho especial atenção nos últimos anos, especificamente devido ao efeito teorizado que os conflitos familiares podem comportar na saúde mental das crianças e adolescentes que estão expostos a tais ambientes. Segundo a literatura, estes conflitos são relembrados e apresentam um posterior impacto no desenvolvimento e futuro funcionamento psicológico dos membros da família (da Costa, Falcke & Mosmann, 2015).

Na teoria, os conflitos familiares apresentam associações com problemas a múltiplos níveis, como por exemplo a nível psicológico, académico e social (Cummings & Davies, 2010), sendo quase um *sine qua non* geral para vários problemas psicológicos aos olhos da literatura. Os conflitos parentais apresentam-se como ameaças que aumentam as preocupações da criança e/ou adolescente na preservação da sua segurança emocional (Davies, Forman, Rasi & Stevens, 2002). Posto isto, quanto maior for a sua exposição a ambientes destrutivos, maior será sua a reatividade emocional, como por exemplo vigilância e paranoia (Cummings & Davies, 1998).

É também importante mencionar que a presença de relações e interações harmoniosas entre filhos/as e os seus pais é um dos fatores que mais contribui na prevenção de quaisquer problemáticas psicopatológicas no futuro (Dalton, Adachi-Meija, Longacre, Titus-Ernstoff, Gibson & Martin, 2006). As relações estabelecidas no sistema familiar constituem as primeiras relações que o ser humano constrói e, por sua vez, serão os fundamentos/pilares para relações futuras. É no sistema familiar que o indivíduo se desenvolve ao longo do tempo, até que a sua própria personalidade e conduta esteja pronta para enfrentar o mundo lá fora.

Quaisquer interações que envolvam conflito no sistema familiar são frequentemente vistas na literatura como um catalisador de sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Teodoro, Cardoso & Freitas, 2010), através de uma exposição prologada a tais interações conflituosas. De facto, a literatura considera o conflito familiar como um catalisador geral de depressividade, especificamente em crianças. Por exemplo, num de Bögels e Brechman-Toussaint (2006), foi concluído que interações de conflito, especificamente conflito marital entre os pais, estavam associadas com sintomas de ansiedade e depressão em crianças.

Em Portugal, a literatura tem-se debruçado sobre vários aspetos dos conflitos familiares, desde a parentalidade até a psicopatologia por vários autores (Silva & Calheiros 2017; Vieira, Matias, Ferreira, Lopez & Matos 2016; entre outros). Num estudo de Melo e Mota (2014), por exemplo, foi concluído que crianças com pais divorciados ou separados apresentam maiores níveis de psicopatologia, bem como perceções de maior frequência e intensidade dos conflitos entre os pais. Noutro estudo, neste caso de Vieira, Matos, Ferreira & Lopez (2016), foi concluído que conflitos entre pais e filhos, conflitos especificamente relacionados com o trabalho dos pais, estavam associados a dificuldades de externalização e maiores problemas a nível relacional com a figura paternal.

Até ao momento, foram enquadrados dois temas referentes ao sistema familiar e as suas disfuncionalidades que se referem, apenas, a metade do conteúdo presente nesta dissertação. Ambos os temas, o funcionamento e conflito familiares, têm o seu peso no desenvolvimento de comportamentos de risco e até mesmo psicopatologia. Posto isto, emergem agora os próximos dois temas desta dissertação, temas dependentes da disfunção catalisadora de problemáticas comportamentais, especificamente os comportamentos autolesivos e o perfeccionismo.

## Comportamentos Autolesivos

*“Não sou nada.  
Nunca serei nada.  
Não posso querer ser nada.  
à parte disso, tenho em mim todos os sonhos do mundo”.*  
(*Tabacaria, Álvaro de Campos*)

A definição do conceito de comportamentos autolesivos é uma tarefa difícil, não existindo uma operacionalização clara e generalizada para o que realmente constitui um comportamento autolesivo (McDonald, O'Brien & Jackson, 2007). É um termo com diferentes conceções que variam de autor para autor.

Por exemplo, Nock (2010) criou uma dicotomia de comportamentos autolesivos onde, por um lado, existem comportamentos autolesivos “suicidários”, onde o objetivo final é o suicídio consumado, e os comportamentos autolesivos “Não Suicidários” que, como o nome indica, são realizados sem intenção de morte. Continua por afirmar que uma autolesão pode incluir comportamentos que envolvam quaisquer danos, físicos ou psicológicos, de uma forma geral (Nock, 2010). Temos também a definição de Laye-Gindhu e Schonert-Reichl (2005), onde os comportamentos autolesivos são vistos como deliberados e voluntários, incluindo quaisquer autolesões físicas não fatais e sem quaisquer intenções suicidas. São definições semelhantes, mas com *nuances* diferentes, especificamente no que se toca aos tipos de comportamentos incluídos no seu “guarda-chuva” concetual, por assim dizer.

Face ao exposto, será utilizada a definição operativa incluída no plano nacional de prevenção de suicídio português e em vários estudos, nomeadamente o “*Child & Adolescent Self-Harm in Europe*” (abreviado para *CASE*), incluindo um vasto grupo de comportamentos, tais como os cortes, queimaduras, mordidelas, entre muitos outros (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019). Através desta definição, é possível analisar o fenómeno dos comportamentos autolesivos por uma lente que lhes fornece a flexibilidade e complexidade necessária.

Os comportamentos autolesivos constituem-se como um problema para o Sistema Nacional de Saúde Português sendo um fenómeno de cariz autodestrutivo que tem o seu início entre os 12 e os 14 anos (Heath, Toste, Nedecheva & Charlebois, 2008) e o seu auge aos 15 anos de idade (Martin, Swannell, Hazell, Harrison & Taylor, 2010), havendo uma minoria de casos que têm o seu início durante o período da infância (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), podendo estender-se até mesmo à idade adulta e idosa (Morgan, Webb, Carr, Kontopantelis, Chew-Graham, Kapur & Ashcroft, 2018).

Foram considerados na literatura como primariamente presentes no género feminino, no entanto, ao longo dos anos têm sido realizados estudos que refletem uma diferença menos flagrante nos relatos de autolesões entre ambos os sexos (Bakken & Gunter, 2012), diferença que se vai atenuando na adolescência e desaparecendo na idade adulta (De Riggi, Moumne, Heath & Lewis, 2016). Apresentam-se normalmente como uma estratégia de regulação emocional, regulando experiências emocionalmente adversas e difíceis, sendo a autolesão utilizada como um método de escape (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Podem apresentar-se também como uma estratégia de comunicação interpessoal, especificamente na comunicação de sentimentos de angústia, podendo até ser uma forma de lidar com problemas sociais que lhes sejam importantes (Nock, 2009).

Podem ainda ser agrupados de acordo com os seus níveis de severidade, ou seja, a severidade do dano que os comportamentos autolesivos propriamente ditos causam, como consequência, no corpo do indivíduo (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019). Esta classificação, à semelhança da definição operativa dos comportamentos autolesivos, difere dependendo da visão do autor que os agrupa, levando a alguns desacordos.

Por exemplo, Whitlock, Muehlenkamp e Eckenrode (2008) definem três categorias de severidade de comportamentos autolesivos: Superficiais, que incluem danos na pele e/ou que impeçam a cicatrização da mesma, Moderados, que incluem danos mais severos no tecido corporal, e Altos, contendo os comportamentos com consequências demasiado severas para serem incluídos na severidade moderada. Posto isto, existe uma vasta gama de autolesões que o indivíduo pode utilizar, cada um dispondo de consequências mais ou menos severas.

No âmbito desta dissertação, no entanto, será utilizada a operacionalização encontrada na versão Portuguesa do Inventário de Comportamentos AutoLesivos (ICAL), instrumento que divide os comportamentos autolesivos em três grupos de severidade: Alta (Ex: Queimaduras), Média (Ex: Arranhões) e Abuso de substâncias (Ex: Abuso de álcool) (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019). É uma operacionalização simples que permite uma análise flexível da variedade de comportamentos autolesivos que podemos encontrar na prática.

Em Portugal, especificamente, os comportamentos autolesivos são um tema com relativa notoriedade investigativa, existindo vários autores (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019; Guerreiro, Cruz, Frasilho, Santos, Figueira & Sampaio 2013; entre outros) que o têm abordado. Por exemplo, num estudo realizado pela “*Health Behavior in School-aged Children*”, com um total 5050 participantes adolescentes e com uma média de idades nos 14

anos, por volta de 15% destes participantes mencionaram realizar um comportamento autolesivo pelo menos uma vez nos últimos doze meses (Martins, Marques, Loureiro, Carreiro da Costa, Diniz & Gaspar De Matos, 2019). Noutro estudo, com um total de 396 participantes adolescentes provenientes de diversas regiões de Portugal e com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos de idade, 18% dos participantes reportaram terem realizado um comportamento autolesivo pelo menos uma vez, e 5% reportou ter realizado um comportamento autolesivo quatro ou mais vezes nos últimos doze meses (Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social, 2011).

É também importante mencionar a existência de estudos que apontam para uma associação entre comportamentos autolesivos, funcionamento familiar e conflito. Por exemplo, um estudo de Lowenstein (2005) encontrou um elevado número de adolescentes que relatam a realização de comportamentos autolesivos precipitados por interações familiares conflituosas. Em geral, a disfunção familiar encontra-se associada com os comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013). Por outro lado, um ambiente familiar funcional com relações e interações estáveis leva a uma redução da presença de comportamentos autolesivos (Kwok & Shek, 2009; Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006).

Este, no entanto, não será o único fenómeno que iremos estudar num contexto de disfuncionalidade familiar. Como já vimos, o sistema familiar consegue catalisar o desenvolvimento dos comportamentos autolesivos, mas será esta a extensão de um ambiente familiar disfuncional? Surge, assim, o último tema desta dissertação, o perfeccionismo e as suas dimensões.

## As dimensões do Perfeccionismo

*“Já não me importo  
Até com o que amo ou creio amar.  
Sou um navio que chegou a um porto  
E cujo movimento é ali estar.”  
(Fernando Pessoa, Já não me Importo)*

Vista como um aspeto de personalidade presente em indivíduos que eternamente perseguem o resultado perfeito, o perfeccionismo tem na verdade sido um tópico de interesse na literatura da psicologia clínica nos últimos anos. O tema começou a ter maior relevância a partir de 1990 devido aos investimentos de autores como Burns (1980), Pacht (1984), Hollander (1965), e especialmente Frost, Martin, Lahart, Rosenblate (1990) e Hewitt e Flett (1991), que categorizaram um grupo de aspetos centrais na definição do constructo do perfeccionismo.

Em primeiro lugar, enfatizavam a instauração de padrões pessoais excessivamente altos de desempenho como aspeto central do perfeccionismo. No entanto, uma definição tão simples resulta numa incapacidade de distinguir indivíduos perfeccionistas de indivíduos que são altamente competentes e bem-sucedidos no seu campo de trabalho ou competência (Frost et al., 1990). Posto isto, uma definição exata do termo é difícil de obter, existindo diferentes interpretações de autor para autor, à semelhança dos comportamentos autolesivos.

A instauração de padrões altos de desempenho, e o subsequente empenho para os atingir, não é por si só algo patológico, existindo evidências que refletem consequências positivas deste aspeto (Frost et al., 1990). Hamachek (1978) distingue entre dois tipos de indivíduos perfeccionistas, o perfeccionista “normal” que cria padrões altos de desempenho mas concede alguma latitude a si próprios nas suas ações ao tentar atingir estes mesmos padrões, e o perfeccionista “neurótico” que tende a criar padrões altos mas não permite qualquer latitude na tentativa de os atingir, especialmente no que se toca aos erros. Esta distinção permite-nos definir mais um aspeto central do perfeccionismo, especificamente as avaliações excessivamente críticas dos seus comportamentos e desempenhos, estando associado com sintomatologias e patologias que envolvam uma autocrítica excessiva (Frost et al., 1990).

É um conceito multifacetado que pode apresentar diferentes tipos de benefícios e consequências, sendo um aspeto de personalidade complexo com consequências adaptativas e disfuncionais (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). No entanto, aqui começam as divergências entre os autores. Por um lado, Frost et al. (1990) operacionaliza o conceito em 6 dimensões que representam diferentes aspetos perfeccionistas e, por outro, Hewitt e Flett (1991) descrevem três dimensões distintas, cada uma focada na orientação das expectativas. Ambas as

operacionalizações têm o seu mérito, no entanto, neste caso será utilizada a operacionalização de Hewitt e Flett (1991), devido á flexibilidade que as três dimensões estabelecidas fornecem na posterior análise de resultados.

Um “Perfeccionismo orientado para o próprio” envolve o estabelecimento de padrões de performance para si próprio e a avaliação e/ou censura das suas próprias ações, refletindo uma motivação de obter sucesso, mas ao mesmo tempo a motivação para não falhar, um “Perfeccionismo orientado para o outro” é associado com crenças e expetativas sobre as capacidades dos outros, desenvolvendo expetativas irrealistas e avaliando as ações e desempenho de outras pessoas que lhe são próximas, e o “Perfeccionismo Socialmente Prescrito” está associado a uma necessidade de se esforçar para atingir padrões e expetativas instauradas por outras pessoas que lhe sejam importantes (Hewitt & Flett, 1991).

Segundo Hewitt e Flett (1991), o “Perfeccionismo Socialmente Prescrito” estaria intuitivamente associado com estados emocionais de ansiedade, depressão, raiva, etc., devido aos padrões excessivos impostos por outras pessoas. Existem também alguns resultados provenientes de estudos sobre “emoção expressada”, especificamente sobre a perceção que indivíduos têm das expetativas de outras pessoas, que apontam para maiores probabilidades de recaídas em indivíduos esquizofrénicos e deprimidos, que apresentem um tipo de perfeccionismo socialmente prescrito, quando se sentem pressionados pelas pessoas que lhes são mais próximas (Hewitt & Flett, 1991).

Num estudo mais contemporâneo, Flett et al. (2012) encontraram uma forte correlação entre “Perfeccionismo socialmente prescrito” e crítica parental especificamente nos participantes do sexo feminino, encontrando também uma pequena correlação entre a auto crítica e os comportamentos autolesivos (Flett et al., 2012). Em contraste, poucas correlações foram encontradas nos participantes do sexo masculino, existindo apenas uma associação negativa entre o “Perfeccionismo orientado para o outro” e comportamentos autolesivos (Flett et al., 2012), sendo possível que o perfeccionismo se desenvolva de formas diferentes em ambos os géneros.

Noutro estudo, neste caso de Yates, Tracy e Luthar (2008), foi encontrado outra associação entre crítica parental, comportamentos autolesivos e emoção expressada. A Crítica familiar, conseqüentemente, apresenta-se como um fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos autolesivos e autocrítica, levando a que os indivíduos que sejam excessivamente criticados pelos pais desenvolvam uma tendência autocrítica excessiva e

distorcida, apoiada por um mecanismo de defesa autolesivo (Claes, Soetens, Vansteenkiste, Vandereycken, 2012), podendo também levar a uma alta ideação suicida, com uma específica percepção de serem “fardos” para os seus familiares (Wagner, Silverman, Martin, 2003).

Em Portugal poucas investigações têm sido feitas sobre o tema do perfeccionismo, no entanto alguns autores (Como Soares, Gomes, Macedo, Santos & Azevedo, 2003; Ferreira et al., 2017; entre outros) têm tentado ligar este aspeto de personalidade com várias psicopatologias. Por exemplo, Ferreira et al. (2017) conclui que a sintomatologia obsessivo compulsiva, perfeccionismo e pensamentos negativos repetitivos se encontravam correlacionados entre si. Noutro estudo de Oliveira, Francisco e Novo (2015), foi também concluído que o perfeccionismo tem o seu efeito na variância da sintomatologia dos distúrbios alimentares, patologia com um grande corpo de estudos na literatura do perfeccionismo. Soares, uma das autoras Portuguesas que mais investiu no estudo do perfeccionismo, tem vários estudos a averiguar o efeito deste aspeto de personalidade em várias psicopatologias, como a depressão pós parto (Maia, Macedo, Pereira, Marques, Bos, Soares, Valente, Azevedo, 2012) e distúrbios do sono (Azevedo, Soares, Bos, Gomes, Maia, Marques, Pereira & Macedo, 2009).

O problema, no entanto, é que não temos um corpo de investigações Portuguesas grande o suficiente para conseguir tirar conclusões definitivas, revelando uma lacuna na literatura que poderá, por sua vez, refletir uma posterior falha na prática clinica que não está a ser atendida. É evidente que o perfeccionismo tem o seu peso em várias psicopatologias, e a clarificação deste mesmo papel enriquecerá não só a literatura clinica, mas também a prática.

### **Questão de investigação/Problemática**

Nesta dissertação, pretendo verificar a natureza da relação entre os comportamentos autolesivos, a disfuncionalidade, conflitos e a comunicação familiares e o perfeccionismo numa tentativa de contribuir para a literatura destes mesmos temas, de forma a contribuir para uma prática clinica mais eficaz com jovens que apresentem problemáticas semelhantes.

Posto isto, esta presente investigação apresenta a seguinte questão de investigação: Estudar a forma como os comportamentos autolesivos, funcionamento e conflito familiar e perfeccionismo se relacionam, bem como determinar a direção das relações.

E apresenta as seguintes hipóteses:

- *Hipótese 1:* O Rácio de funcionamento familiar encontra-se significativamente e negativamente associado ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito;

- *Hipótese 2:* A comunicação familiar encontra-se significativamente e negativamente associada ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito;
- *Hipótese 3:* O Conflito parental encontra-se significativamente e positivamente associado ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito;
- *Hipótese 4:* O Rácio de funcionamento familiar encontra-se significativamente e negativamente associada a severidade alta de comportamentos autolesivos;
- *Hipótese 5:* A comunicação familiar encontra-se significativamente e negativamente associada a severidade alta de comportamentos autolesivos;
- *Hipótese 6:* O Conflito parental encontra-se significativamente e positivamente associado à presença de comportamentos autolesivos;
- *Hipótese 7:* O Rácio de funcionamento familiar encontra-se significativamente e negativamente associado à presença de comportamentos autolesivos;
- *Hipótese 8:* O Perfeccionismo Socialmente Prescrito encontra-se significativamente e positivamente associado com a presença de comportamentos autolesivos.

## MÉTODO

### Participantes

Os participantes que fizeram parte de esta investigação foram encontrados através de métodos não aleatórios e por conveniência, sendo o grupo composto de jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos, sendo a média os 19 anos de idade (DP= 1,196). Os dados foram obtidos maioritariamente através da partilha do questionário pelas redes sociais, ao longo de um período de 3 a 4 meses, atingindo um total de 99 participantes.

### Tabela 1

*Número de Participantes (n=99) por Género*

	Género	
Feminino	55	55.6
Masculino	44	44.4
Total	99	100.0

Dentro dos 99 participantes, 55 (55,6%) destes são do sexo feminino e 44 (44,4%) do sexo masculino (Tabela 1), e 94 (94,9%) destes são de nacionalidade Portuguesa, apresentando também 2 (2%) participantes de nacionalidade brasileira, 1 (1%) de nacionalidade Espanhola, 1 (1%) de nacionalidade São-Tomense e 1 (1%) de nacionalidade Canadiana (Tabela 2).

### Tabela 2

*Número de Participantes (n=99) por Nacionalidade*

	Nacionalidade	
Portugues	94	94.9
Sao Tomense	1	1.0
Brasileiro	2	2.0
Espanhol	1	1.0
Canadiana	1	1.0
Total	99	100.0

Quarenta dos participantes (40%) encontram-se neste momento no ensino secundário e 52 frequentam o ensino superior, sendo que 49 (49%) se encontram especificamente numa licenciatura e 3 (3%) num mestrado. 1 (1%) Participante frequenta um curso profissional e 6

(6%) participantes, infelizmente, não especificaram em que escolaridade se encontram (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Número de participantes (N=99) por nível de escolaridade*

Escolaridade Momento		
Secundario	40	40.4
Licenciatura	49	49.5
Mestrado	3	3.0
Curso Profissional	1	1.0
Nao especificado	6	6.1
Total	99	100.0

Por fim, poucos dos participantes reportaram ser irmãos gêmeos (2%), sendo que a vasta maioria reportou ou ser o irmão mais novo (37,4%) ou então o irmão mais velho (35,4%). Os restantes reportaram ou ser o irmão do meio (12,1%), ou que não tinham irmãos sequer (13.1%).

**Table 4**

*Número de Irmãos/Irmãs por Participante*

Irmãos/Irmãs		
Não Tenho Irmãos	13	13.1
Irmão Mais novo	37	37.4
Irmão Mais Velho	35	35.4
Irmão do Meio	12	12.1
Gêmeo	2	2.0
Total	99	100.0

## **Instrumentos**

### *FACES IV*

A versão mais recente do instrumento FACES, o FACES IV (Anexo A), desenvolvido para medir as dimensões do modelo circumplexo desenvolvido por Olson (2000), e apresentando-se como uma ferramenta diagnóstica válida.

O Faces IV apresenta algumas inovações face às versões anteriores, especificamente no que se refere a inserção de subescalas que nos permitem analisar consistentemente os extremos das dimensões de coesão e flexibilidade do modelo circumplexo, e ainda a introdução de duas escalas destinadas a avaliar a satisfação e comunicação familiar. Dispõe para este fim de um total de 62 itens. Nesta investigação, no entanto, serão apenas utilizadas as dimensões que avaliam o funcionamento familiar propriamente dito, especificamente os itens que compõem a coesão e da flexibilidade. Cada uma destas subescalas apresentam duas dimensões de níveis equilibrados/centrais, a Coesão Equilibrada (Ex: “Os membros da minha família estão envolvidos nas vidas uns dos outros.”) e a Flexibilidade Equilibrada (Ex: “A nossa Família tenta novas formas de lidar com os problemas.”).

Existem ainda quatro subescalas, adicionadas nesta nova versão, que nos permitem calcular consistentemente os extremos das dimensões coesão e flexibilidade familiares (Olson, 2011). Estas subescalas remetem todas para a disfuncionalidade familiar, sendo que no caso da coesão temos a Coesão Desagregada (Ex: “Nós damos-nos melhor com pessoas de fora da nossa família do que com as de dentro.”) e a Coesão Aglutinada (Ex: “Os membros da minha família sentem-se pressionados a passarem juntos a maior parte do seu tempo livre.”), e no caso da flexibilidade temos a Flexibilidade Rígida (Ex: “Na nossa família, há consequências rigorosas para quem quebra as regras.”) e a Flexibilidade Caótica (Ex: “Na nossa família, parece que nunca nos conseguimos organizar.”).

Na presente dissertação, foi aplicada uma versão do FACES IV adaptada e validada para a população de adolescentes portugueses, levada a cabo por Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda e Candeias (2020). É uma escala de autorrelato composta por um total de 42 itens, com uma escala de resposta, a cada um dos itens, tipo *Likert* de cinco pontos (De 1 = Discordo totalmente a 5 = Concordo completamente).

É importante mencionar que Olson (2011) forneceu várias formas de codificar os dados obtidos do FACES IV, argumentando a favor da transformação dos valores de cada dimensão

em rácios. A posterior leitura dos dados da escala será realizada através de duas maneiras, das dimensões propostas e através dos rácios do funcionamento familiar. A capacidade de criar rácios para modelo circumplexo é um dos novos recursos introduzidos no FACES IV, realizado através da divisão dos resultados de cada subescala equilibrada pelas m dias das subescalas de funcionamentos extremos, permitindo a compara o de valores funcionais e disfuncionais de sistemas familiares (Olson, 2011).

Posto isto, podem ser criados três rácios (Rácio da Coesão familiar, Rácio da Flexibilidade Familiar, Rácio do Funcionamento Familiar) através do uso de três fórmulas diferentes apresentadas na figura 1. Estes rácios podem variar entre os valores 0,2 e 5, sendo que o valor 1 é o indicador de iguais níveis de funcionamento ou disfuncionamento familiar. Valores superiores a 1 indicam a presença de um sistema familiar mais funcional, enquanto valores inferiores a 1 indicam a presença de sistemas familiares mais disfuncionais.

**Figura 2** – Fórmulas dos Rácios do Modelo Circumplexo

$$\text{Rácio da Coesão} = \text{Coesão equilibrada} \div \left( \frac{\text{Coesão Emaranhada} + \text{Coesão Desagregada}}{2} \right)$$

$$\text{Rácio da Flexibilidade} = \text{Flexibilidade Equilibrada} \div \left( \frac{\text{Flexibilidade Rígida} + \text{Flexibilidade Caótica}}{2} \right)$$

$$\text{Rácio do Funcionamento Familiar} = \left( \frac{\text{Rácio da Flexibilidade} + \text{Rácio da Coesão}}{2} \right)$$

Por fim, ao analisar a consistência interna foi concluído que instrumento apresenta valores de fiabilidade bons, apresentando valores de Cronbach acima do mínimo necessário ( $\alpha = 0,07$ ), com a exce o da coesão aglutinada que será tida em conta com alguma precau o, sendo este um valor de Cronbach aceitável (Marôco & Garcia-Marques, 2006) (Tabela 5).

**Tabela 5***Descrição Estatística e Indicador de Fiabilidade das Dimensões do FACES IV*

<b>Dimensão</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Coesão Equilibrada</b>	3,693	0,853	.864
<b>Flexibilidade Equilibrada</b>	3,368	0,864	.796
<b>Flexibilidade Caótica</b>	2,141	0,975	.832
<b>Flexibilidade Rígida</b>	2,084	0,937	.833
<b>Coesão Aglutinada (Item 4 removido)</b>	2,727	1,308	.625
<b>Coesão Desagregada</b>	2,362	0,824	.767

*Inventário do Clima Familiar (ICF)*

O Inventário do Clima Familiar (Anexo B), tal como o nome indica, é um instrumento que mede o clima familiar, ou seja, a forma como os membros do agregado familiar percecionam as relações estabelecidas dentro do próprio sistema familiar, o crescimento pessoal, a organização e o controlo exercido neste mesmo sistema (Teodoro, Allgayer, Land, 2009), sendo especificamente validada para a população portuguesa por Vianna, Silva e Souza-Formigoni (2007).

O inventário é composto por 32 itens, distribuídos por 4 dimensões distintas: Conflitos, Coesão, Hierarquia e Apoio, tendo sido utilizados apenas os 6 itens da dimensão dos conflitos, para avaliar a existência de conflitos no agregado familiar. Cada item é avaliado a partir de uma subescala de *Likert*, composta por 5 pontos (De 1= Discordo Completamente a 5= Concordo Totalmente) (Ex: “ Resolver problemas significa discussão e brigas.”).

Ao analisar as particularidades do ICF, concluímos que o instrumento apresenta níveis de fiabilidade bons, bem acima do mínimo necessário dos 0,07 ( $\alpha = 0,0861$ ), e com uma média de 2,671 e desvio padrão de 0,982.

### *Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett*

A escala multidimensional de Perfeccionismo (EMP) foi desenvolvida por Hewitt e Flett (1991), a partir do modelo teórico, criado pelos mesmos autores, que postulava a existência de três dimensões constituintes do perfeccionismo, estas sendo o perfeccionismo auto orientado, o perfeccionismo orientado para outros e o perfeccionismo socialmente prescrito (Soares et al., 2003).

A escala original é composta por 45 itens, existindo uma versão de 13 itens (Anexo C), que medem as três dimensões do perfeccionismo, sendo cada item avaliado numa escala de tipo *Likert*, de autorrelato, com 7 pontos (1 = Discordo completamente e 7 = Concordo completamente) (Soares et al., 2003).

No âmbito desta investigação, foi utilizada a versão de 13 itens validada para a população portuguesa, por ser mais eficiente na recolha de dados e ter uma eficácia igual na avaliação da variável perfeccionismo. O instrumento tem o objetivo de averiguar o tipo de perfeccionismo mais prevalente no participante, dependendo da dimensão em que o participante se enquadra melhor, o “Perfeccionismo orientado para si” (Ex: “Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço”), “Perfeccionismo Socialmente prescrito” (Ex: “Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim”) ou o “Perfeccionismo orientado para outro” (Ex: “ Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.”).

Na análise da EMP, versão de 13 itens (Soares, Pereira, Araújo, Silva, Valente, Nogueira & Macedo, 2016), todas as dimensões apresentaram valores de fiabilidade acima do valor mínimo necessário ( $\alpha = 0,07$ ). É importante mencionar, no entanto, que foi necessário remover um item na dimensão “Perfeccionismo Socialmente Prescrito” (Média = 3,636; DP = 1,785;  $\alpha = 0,872$ ), especificamente o item 11, para poder atingir um alfa de Cronbach apropriado, tal não foi necessário nas dimensões “Perfeccionismo Orientado para Si” (Média = 4,562; DP = 1,021;  $\alpha = 0,715$ ) e “Perfeccionismo Orientado para o Outro” (Média = 3,061; DP = 1,713;  $\alpha = 0,896$ ).

### *Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL)*

Desenvolvido por Klonsky & Glenn (2009) originalmente para jovens adultos e adolescentes, foi criado com o propósito de documentar os comportamentos autolesivos que um jovem possa apresentar.

Na versão portuguesa (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019), a primeira parte do inventário (Anexo D) é composto por uma listagem de 14 itens que descrevem uma série de comportamentos autolesivos, com quatro afirmações com cada item apresentando 4 afirmações que visam averiguar a frequência de cada comportamento (“Não”, “Sim, 1 Vez”, “Sim, 2 a 10 Vezes”, “Sim, mais de 10 Vezes”), formando três dimensões de acordo com a severidade dos comportamentos, estes sendo a dimensão de Severidade Alta (Ex: “Cortei-me; Queimei-me”), a dimensão de Abuso de Substâncias (Ex: “Bebi em excesso com a intenção de me magoar”) e a dimensão de Severidade média (Ex: “Cocei-me/Arranhei-me até fazer uma ferida.”).

Na análise do ICAL, as dimensões de Severidade Alta (Média = 0,147; DP = 0,376;  $\alpha = 0,706$ ) e Severidade Média (Média = 0,404; DP = 0,605;  $\alpha = 0,782$ ) apresentaram valores acima do mínimo necessário ( $\alpha \geq 0,07$ ), obtendo valores de Cronbach satisfatórios. Por outro lado, a dimensão de abuso de substâncias (Média = 0,172; DP = 0,480;  $\alpha = 0,696$ ) apresenta um valor de Cronbach ligeiramente abaixo do valor necessário ( $\alpha < 0,07$ ). Os resultados desta dimensão, tais como o da dimensão de Coesão aglutinada do FACES IV, serão tidos em conta com alguma precaução, sendo este um valor de Cronbach aceitável (Marôco & Garcia-Marques, 2006). É também importante mencionar que na dimensão de Severidade Alta, foi necessário remover o item “Engolir Substâncias perigosas”, para que a dimensão atingisse um alfa de Cronbach mais aceitável.

### *Questionário Sócio Demográfico*

Por último, foi aplicado um questionário sócio demográfico, no âmbito de solicitar mais algumas informações sobre os participantes. Neste caso, foram solicitadas informações sobre: sexo, idade, ano de escolaridade e nacionalidade.

### **Procedimento**

Devido aos constrangimentos da pandemia COVID-19, não foi possível recolher os dados através de métodos presenciais, sendo o plano original recolher os dados em contextos escolares. Como alternativa, os dados foram obtidos através de um formato *online*, especificamente Google Docs, sendo que cada um dos instrumentos foi adaptado para encaixar com o formato diferente. O questionário foi partilhado por meio de redes sociais (Facebook, Whats app e Reddit), tendo sido pedido a toda a gente que partilhassem com quaisquer pessoa que encaixa na idade alvo deste questionário, recolha realizada ao longo de 4 meses.

O questionário possui um consentimento informado, logo no início, que fornece ao participante toda a informação necessária a ter em conta antes de começar a responder. Além disso, é feita uma verificação da idade do participante, apenas permitindo a participação de jovens com idades entre os 18 e os 21. Foi enfatizado que toda a informação obtida seria anónima e que qualquer dúvida podia ser esclarecida ao contactar o investigador através de correio eletrónico. O questionário depois iniciava com a escala FACES IV, seguido pelo ICF, EMP-13, o ICAL e, por fim, um questionário socio demográfico.

Após a finalização do questionário, os participantes encontrarão uma página de agradecimento pela sua participação, fornecendo também contactos de apoio que podem utilizar em caso de necessitarem de qualquer ajuda (Núcleo de estudos do Suicídio e Voz amiga).

## **RESULTADOS**

Para realizar a análise estatística dos dados obtidos deste estudo, foi utilizado o programa *SPSS Statistics*, especificamente a nova versão (V.26). De salientar que para todos os testes de hipóteses feitos, e apresentados nesta investigação, foi considerado uma probabilidade de erro tipo I, onde  $\alpha = 0,05$ . É também importante mencionar que, nesta presente análise de resultados, assume-se que as diferentes distribuições cumprem o pressuposto de normalidade dos testes paramétricos, visto que a amostra presente neste estudo apresenta uma dimensão razoavelmente elevada para-se evocar o teorema do limite central, onde amostras com dimensões razoáveis (superiores a 30 sujeitos) apresentam distribuições da média da amostra satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2010).

É importante referir como foi operacionalizada a variável CAL para efeitos deste estudo. Na ausência de comportamentos autolesivos relatados codificou-se “Não” como “0”. Por outro lado, na presença de relatos de comportamentos autolesivos codificou-se “Sim” como “1”. Posto isto, foi verificado que 55.6% ( $n = 55$ ) dos participantes não realizaram quaisquer autolesões, enquanto 44.4% dos participantes reportaram cometer uma autolesão pelo menos uma vez ( $n = 44$ ) (Tabela 6).

## Tabela 6

*Frequencias presença de comportamentos autolesivos*

	CAL	
Não	55	55.6%
Sim	44	44.4%
Total	99	100.0%

### Análise estatística

#### *Hipótese 1*

**“O Rácio de Funcionamento Familiar encontra-se negativamente e significativamente associado ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito”;**

A correlação entre as dimensões do rácio de funcionamento familiar e o perfeccionismo socialmente prescrito revelaram que ambas se encontram negativamente e significativamente associadas ( $r = -0,521$ ;  $p < 0,05$ ), sendo uma correlação forte. Posto isto, quanto maior for o perfeccionismo socialmente prescrito, menor será o rácio do funcionamento familiar (Tabela 7). Face a estes resultados, a hipótese encontra-se corroborada.

#### *Hipótese 2*

**“A Comunicação Familiar encontra-se negativamente e significativamente associada ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito”**

As associações entre o perfeccionismo socialmente prescrito e a comunicação familiar revelaram uma associação negativa e significativa ( $r = -0,446$ ;  $p < 0,05$ ), sendo uma correlação moderada. Isto demonstra que quanto maior for o perfeccionismo socialmente prescrito, menor será a qualidade da comunicação familiar e, posto isto, a hipótese encontra-se corroborada (Tabela 7).

### *Hipótese 3*

#### **“O Conflito Parental encontra-se positivamente e significativamente associado ao Perfeccionismo Socialmente Prescrito”**

A correlação entre a dimensão do conflito e a dimensão do perfeccionismo orientado para o outro revela que ambas se encontram significativamente e positivamente correlacionadas ( $r = 0,449$ ;  $p < 0,05$ ), sendo uma correlação de força moderada. Posto isto, podemos concluir que quanto maior o conflito, maior o perfeccionismo orientado para o outro e, por isso, que a hipótese se encontra corroborada (Tabela 7).

**Tabela 7***Matriz Correlacional dos dados do Perfeccionismo*

	1	2	3
<b>1.Perfeccionismo</b>			
<b>Socialmente Prescrito</b>	1	-	-
<b>2.Perfeccionismo</b>			
<b>Orientado Outro</b>	-.103	1	-
<b>3.Perfeccionismo</b>			
<b>Orientado Si</b>	.133	-.076	1
<b>4.Rácio Coesão</b>	-.442**	0.093	.015
<b>5.Rácio Flexibilidade</b>	-.488**	.155	-.048
<b>6.Rácio Funcionamento</b>	-.521**	.140	.020
<b>7.Coesão Aglutinada</b>	.237*	-.116	.193
<b>8.Coesão Equilibrada</b>	-.440**	.031	.095
<b>9.Coesão desagregada</b>	.358**	.015	-.086
<b>10.Flexibilidade Rígida</b>	.050	-.087	.281**
<b>11. Flexibilidade Equilibrada</b>	-.494**	-.039	.221*
<b>12. Flexibilidade Caótica</b>	.366**	-.051	.028
<b>13.Comunicação Familiar</b>	-.446**	.041	.016
<b>14.Conflito</b>	.449**	-.018	-.110

Nota: \*\* Correlação é mais significativa ao nível 0,01 / \* Correlação é mais significativa ao nível 0,05

#### *Hipótese 4*

**“ O Rácio do funcionamento familiar encontra-se negativamente e significativamente associado a uma Severidade Alta de Comportamentos autolesivos”**

A correlação entre o rácio do funcionamento familiar e a severidade de comportamentos autolesivos alta revelou que ambas as variáveis não se encontram associadas ( $r = -0,130$ ;  $p > 0,05$ ). Posto isto, a hipótese não se encontra corroborada (Tabela 8).

#### *Hipótese 5*

**“A Comunicação Familiar encontra-se negativamente e significativamente associada à severidade alta de comportamentos autolesivos”**

As associações entre a severidade alta de comportamentos autolesivos e a comunicação familiar revelam não revelam quaisquer associações entre ambas as dimensões ( $r = -0,153$ ;  $p > 0,05$ ) e, posto isto, a hipótese não se encontra corroborada (Tabela 8).

#### *Hipótese 6*

**“O conflito parental está associado significativamente e positivamente à existência de comportamentos autolesivos.”**

A correlação entre a dimensão do conflito e os comportamentos autolesivos revelou que ambas estão significativamente e positivamente associadas ( $r = 0,297$ ,  $p < 0,05$ ), sendo uma correlação fraca (Tabela 8). Podemos concluir que, quanto maior for o conflito, maior será a presença de comportamentos autolesivos e, por isso, a hipótese encontra-se corroborada.

### *Hipótese 7*

#### **“O Rácio do funcionamento familiar está negativamente e significativamente associado à existência de comportamentos autolesivos”**

A correlação entre o rácio de funcionamento e os comportamentos autolesivos revela que ambas as dimensões estão negativamente e significativamente correlacionadas ( $r = -0,313$ ;  $p < 0.05$ ), sendo uma correlação fraca. Isto demonstra que quão maior o funcionamento familiar, menor será a presença de comportamentos autolesivos, corroborando a hipótese (Tabela 8).

**Tabela 8***Matriz Correlacional dos dados de Comportamentos Autolesivos*

	1	2	3	4
<b>1.CALSev.Alt</b>	1	-	-	-
<b>2.CALSev.Méd.</b>	.0551**	1	-	-
<b>3.AbusoSubs.</b>	.0368**	.415**	1	-
<b>4.CALPresença</b>	.437**	.743**	.402**	1
<b>5.Rácio Coesão</b>	-.166	-.255*	-.278**	-.340**
<b>6.Rácio Flexibilidade</b>	-.072	-.203*	-.191	-.227*
<b>7.Rácio Funcionamento</b>	-.130	-.254*	-.259**	-.313**
<b>8.Coesão Aglutinada</b>	.121	.151	.214*	.219*
<b>9.Coesão Equilibrada</b>	-.259**	-.280**	-.251*	-.304**
<b>10.Coesão desagregada</b>	.199*	.285**	.267**	.334**
<b>11.Flexibilidade Rígida</b>	-.096	-.074	-.078	-0.008
<b>12. Flexibilidade Equilibrada</b>	-.185	-.233*	-.270**	-.307**
<b>13. Flexibilidade Caótica</b>	.175	.325**	-.289**	.240*
<b>14.Comunicação Familiar</b>	-.153	-.223*	-.164	-.232*
<b>15.Conflito</b>	.166	.256	.101	.297**

Nota: \*\* Correlação é mais significativa ao nível 0,01 | \* Correlação é mais significativa ao nível 0,05

### Hipótese 8

#### “O Perfeccionismo Socialmente Prescrito está significativamente e positivamente associado à presença de comportamentos autolesivos”

A correlação entre as dimensões do perfeccionismo socialmente prescrito e a presença de comportamentos autolesivos demonstra que não existe qualquer relação entre ambas as dimensões ( $r = 0,076$ ;  $p > 0,05$ ), não corroborando a hipótese (Tabela 9).

### Tabela 9

#### Matriz Correlacional de Resultados Perfeccionismo e CAL

	1	2	3	4
1.CALSev.Alta	1	-	-	-
2.CALSev.Méd.	0.551**	1	-	-
3.AbusoSubs.	.368**	.415**	1	-
4.CALPresença	.437**	.743**	.402**	1
5.Perf.Social.	.094	.098	.135	.076
6.Perf.Si	.007	-.037	-.001	-.067
7.Perf.Outro	.059	.054	-.041	.058

Nota: \*\* Correlação é mais significativa ao nível 0,01 | \* Correlação é mais significativa ao nível 0,05

## DISCUSSÃO

O perfeccionismo socialmente prescrito encontra-se associado com todas as variáveis familiares. Para que o perfeccionismo se consiga desenvolver é necessário que o indivíduo sinta alguma discrepância entre a percepção que tem do seu próprio performance independentemente da proximidade que tenha da realidade, e as expectativas provenientes do sistema familiar, expectativas sentidas como altas e indutoras de pressão, trazendo problemáticas a nível emocional (Rasmussen, Troilo, 2016).

É fácil de imaginar que, num ambiente familiar disfuncional, a emergência de uma percepção que os pais estão a impor deveres e expectativas irrealistas é natural. Numa família conflituosa, com altos níveis de funcionamento e comunicação familiares disfuncionais, as críticas e expectativas excessivas, distorcidas, e, acima de tudo, impositivas, levam a um posterior desenvolvimento progressivo de padrões excessivamente altos de performance, instaurados por influências externas e não por motivação própria crença, fenómeno característico do perfeccionismo socialmente prescrito (Flett & Hewitt, 2002). Posto isto, as associações entre o perfeccionismo socialmente prescrito e as dimensões da disfunção, comunicação e conflito familiares revelam-se como esperadas, cruzando-se naturalmente.

Nenhum dos outros dois tipos de perfeccionismo se apresentam quaisquer relações significativas com estas variáveis familiares. Ao contrário do perfeccionismo socialmente prescrito, o perfeccionismo orientado para si é definido pela procura de perfeição e redução de erros por si próprio, ou seja, as expectativas partem de si mesmo (Hewitt & Flett, 1991). Segundo Burns (1980), este tipo de perfeccionismo estaria intuitivamente ligado com componentes auto motivadoras. É provável que um ambiente conflituoso não seja propício para o desenvolvimento de um perfeccionismo mais autónomo, existindo uma falta de motivação e expectativas propriamente estabelecidas.

O estranho, no entanto, é a falta de associações entre o perfeccionismo orientado para o outro e as dimensões familiares presentes. É concetualizado como estando associado com problemáticas interpessoais, tais como problemas maritais e familiares (Burns 1983). Segundo Hewitt e Flett (1991), existem evidências que apontam para que o perfeccionismo orientado para o outro seja uma dimensão relevante de comportamento humano em geral, sendo um aspeto importante de desajustamento do comportamento humano. É possível que esta dimensão de perfeccionismo não esteja ligada necessariamente apenas a conflitos e disfuncionamentos familiares, sendo um fenómeno interessante de estudar para futuras investigações.

No que se toca aos comportamentos autolesivos, conseguimos ver uma dicotomia nos resultados entre a severidade e a presença. Em primeiro lugar, podemos ver que o funcionamento e a comunicação familiar não se encontram associadas com a severidade alta, mas sim com a severidade média de comportamentos autolesivos. Existem vários aspetos patológicos associados aos casos de comportamentos autolesivos, tais como o abuso de certas substâncias como o álcool ou drogas (Hawton & Harriss, 2007). Posto isto, é possível que a família e as suas disfuncionalidades não são as únicas, ou até as mais importantes, determinantes da severidade e diversidade de métodos utilizados.

De facto, segundo Muehlenkamp e Brausch (2012), relatos de comportamentos autolesivos com severidade alta, de adolescentes internados começavam numa idade mais precoce quando comparados com relatos comunitários de adolescentes com comportamentos autolesivos menos severos. Outro estudo, realizado por Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji e McCloskey (2017), demonstrou que o início da realização de comportamentos autolesivos antes dos 12 anos estava associados com a realização de autolesões mais severas ao longo do tempo, maiores visitas hospitalares e uma maior probabilidade de apresentarem planos de suicídio.

É provável que a presença de um ambiente familiar disfuncional não seja suficiente no desenvolvimento de comportamentos autolesivos de severidade alta, estando associado com a presença de outros fatores, como o desenvolvimento de psicopatologia e/ou sintomatologia suicida, a idade onde iniciam a realização dos comportamentos ou até mesmo a presença de relações significativas que proporcionam a realização de tais comportamentos. Podemos, no entanto, concluir que a presença de uma funcionalidade e comunicação familiares disfuncionais podem refletir uma realidade preocupante no sistema familiar, podendo sinalizar a presença de comportamentos autolesivos, mesmo que sejam de severidade média.

No entanto, o mesmo não pode ser tido sobre os resultados da presença de comportamentos autolesivos e o resto das variáveis familiares. Conseguimos ver que o conflito e os rácios das dimensões do funcionamento familiar, como esperado, se encontram associadas com a presença de comportamentos autolesivos, ou seja, quanto maior a disfuncionalidade e o conflito, maior o envolvimento de comportamentos autolesivos e vice-versa.

Estes resultados refletem as teorizações e resultados presentes na literatura dos comportamentos autolesivos, estando a disfuncionalidade familiar associada à presença de comportamentos autolesivos (Kwok & Shek, 2009; Hawton, 2002; Buckmaster, McNulty &

Guerin, 2018). Podemos ver uma conclusão semelhante no artigo de Gratz, Conrad, Roemer (2002), revelando que as relações estabelecidas no sistema familiar desempenham um papel mediador importante no desenvolvimento dos comportamentos autolesivos. A disfuncionalidade familiar parece ser um catalisador do desenvolvimento e manutenção dos comportamentos autolesivos, diferenciando-se da severidade de métodos autolesivos.

Por fim, temos as associações entre o perfeccionismo socialmente prescrito e a presença de comportamentos autolesivos. Até este os resultados têm geralmente espelhado as suas respetivas literaturas, comprovando que a família tem um papel no desenvolvimento do perfeccionismo socialmente prescrito e dos comportamentos autolesivos. Seria também de esperar que o perfeccionismo socialmente prescrito e os comportamentos autolesivos se apresentassem associados, espelhando estudos como o de Flett et al, (2012) ou Hoff e Muehlenkamp (2009). No entanto, podemos ver que nenhuma das dimensões do perfeccionismo se encontra associado com os comportamentos autolesivos, especificamente a severidade e a presença.

A relação entre os comportamentos autolesivos e o perfeccionismo é nebulosa, havendo poucos estudos que clarifiquem até que ponto ambas as variáveis estão associadas. De facto, segundo Flett et al. (2012) os comportamentos autolesivos são uma reflexão de uma personalidade auto crítica e punitiva com sentimentos de vergonha associados a um sentimento de não conseguir atingir as expetativas impostas, especificamente em indivíduos do género feminino. Isto pode significar que o perfeccionismo tem efeitos diferentes entre cada um dos géneros, sendo outro fenómeno interessante e importante para se basear um futuro estudo.

Outra possibilidade que pode explicar estes resultados prende-se com a funcionalidade dos comportamentos autolesivos. Como mencionado anteriormente, os comportamentos autolesivos podem ser realizados como forma de regular estados emocionais (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005), ou com um intuito interpessoal de comunicação (Nock, 2009). Neste caso, os comportamentos autolesivos seriam utilizados com o intuito de autopunição, ou seja, como forma de se punirem por não conseguirem atingir os seus padrões excessivos de performance. No entanto, Flett et al. (2012) consideram que os comportamentos autolesivos são realizados por diversas razões, e não apenas para se castigarem. Esta constitui apenas outra razão pela qual os comportamentos autolesivos podem ser realizados, aplicando-se a grupos de pessoas específicas e explicando o porque de não encontramos uma associação entre os comportamentos autolesivos e o perfeccionismo neste caso.

Existe ainda outra possibilidade que possa explicar a divergência dos resultados. Segundo Flett e Hewitt (2002), existem conceitualizações que colocam o perfeccionismo como um aspecto normal da vida, fazendo parte de eventos difíceis e marcantes para o indivíduo. Posto isto, estes mesmos eventos marcantes seriam vistos como uma fonte de autocritica, mesmo que o evento em si não seja controlável pelo indivíduo, levando posteriormente à realização de comportamentos autolesivos. Ou seja, o perfeccionismo em si não estaria diretamente associado com os comportamentos autolesivos, sendo o perfeccionismo uma ocorrência comportamental normal face aos desafios que a vida impõe.

Por fim, estes resultados demonstram que os comportamentos autolesivos e a disfuncionalidade familiar encontram-se intrinsecamente associados, corroborando as conceitualizações presentes na literatura. O mesmo pode ser dito sobre o perfeccionismo e a sua relação com o funcionamento, comunicação e conflitos familiares, revelando que o perfeccionismo socialmente prescrito se mostra como a dimensão primariamente associada com a disfuncionalidade do ambiente familiar, através da imposição das expectativas do próprio sistema. No entanto, no que se toca ao perfeccionismo e os comportamentos autolesivos, podemos ver que as conceitualizações teóricas não são tão lineares como esperado, levando a uma emergente necessidade de clarificação da relação entre ambas estas variáveis.

## CONCLUSÃO

É importante referir que esta investigação, e os resultados consequentemente obtidos, foi realizada com limitações específicas que, infelizmente, não foram possíveis de retificar durante o seu desenvolvimento. Em primeiro lugar, esta investigação encontra-se contextualizada durante o auge da pandemia COVID-19 e foi, inevitavelmente, afetada, especialmente no que se tocou à recolha de dados. Devido a isto, o formato do questionário teve de ser modificado para um formato *online*, de forma a contornar as limitações impostas pelo contexto presente.

Posteriormente, devido à mudança de formato, encontramos outra limitação, especificamente a inevitável desabilidade social e influencia que terceiros possam ter nas respostas dos participantes. É claro que, mesmo num formato presencial, não é possível controlar completamente estes efeitos, mas existe um maior controlo nas respostas que recebemos. Posto isto, investigações futuras deveriam também utilizar um método presencial na recolha de dados quando a pandemia estabilizar a nível mundial, apesar da dificuldade que representa na atualidade.

Será também interessante ver a direção que futuros estudos levarão. Sabemos que os comportamentos autolesivos são, normalmente, preditores de futuros suicídios, sendo um dos maiores fatores de risco que predizem a realização de tais comportamentos (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka & Goodyer, 2011). Posto isto, poderiam examinar o efeito que o conflito familiar tem no suicídio e na ideação suicida. Existem de várias variantes dos conflitos familiares que podem ser utilizadas como pilar de uma investigação, como por exemplo os conflitos relacionados familiares relacionados com o trabalho, o divórcio, os conflitos maritais, entre outros. Poderiam também abordar a função autocrítica e punitiva que o perfeccionismo teoricamente importaria nos comportamentos autolesivos, averiguando os efeitos que têm nos géneros masculino e feminino.

No final do dia, os comportamentos autolesivos e o perfeccionismo são temas que requerem mais tempo e atenção da comunidade investigativa para que consigamos ter uma melhor conceção das complexidades que apresentam como fenómenos clínicos. São claros problemas que não estão a ser devidamente atendidos pelo sistema nacional de saúde, e é através do seu estudo que conseguimos consequentemente atender as necessidades específicas de indivíduos que sofram com estas problemáticas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2017). The Relationship between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of Self-Harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48 (1), 31 – 37.
- Azevedo, M. H. P., Soares, M. J., Bos, S. C., Gomes, A., Maia, B., Marques, M., Pereira, A. T., Macedo, A. (2009). Perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10(3), 225–233.
- Bakken, N. W., & Gunter, W. D. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33, 339-356.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 834–856.
- Buckmaster, R., McNulty, M., & Guerin, S. (2018). Family factors associated with self-harm in adults: a systematic review. *Journal of family therapy*, 41 (4), 537-558.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, pp. 34-51.
- Burns, D. D. (1983). The Spouse who is a perfectionist. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 17, 219-230.
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2012). The scars of the inner critic: Perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20 (3), 196-202.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1998). Exploring Children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development*, 69, 124-139.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. Guilford Press.
- da Costa, C. B., Falcke, D., & Mosmann, C. P. (2015). Conflitos conjugais em casamentos de longa duração: motivos e sentimentos. *Psicologia em Estudo*, 20 (3), 411-423.

- Dalton, M. A., Adachi-Mejia, A. M., Longacre, M. R., Titus-Ernstoff, L. T., Gibson, J. J., Martin, S. K., Sargent, J.D., & Beach, M.L (2006). Parental rules and monitoring of children's movie viewing associated with children's risk for smoking and drinking. *Pediatrics*, *118*, 1932-1942.
- Davies, P. T., Forman, E. M., Rasi, J. A., & Stevens, K. I. (2002). Assessing Children's Emotional Security in the Interparental Relationship: The Security in the Interparental Subsystem Scales. *Child Development*, *73* (2), 544- 562.
- de Riggi, M. E., Moumne, S., Heath, N. L., & Lewis, S. P. (2016). Non-Suicidal Self-Injury in Our Schools: A Review and Research-Informed Guidelines for School Mental Health Professionals. *Canadian Journal of School Psychology*, *32* (2), 122–143.
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019). Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, *90* (4), 761-776.
- Ferreira, Tiago, Nascimento, Marta, Macedo, António, Pereira, Ana, & Pissarra, António. (2017). Perfectionism, negative repetitive thinking and obsessive-compulsive spectrum symptomatology. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *18* (2), 581-590.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association.
- Flett, G. L., Goldstein, A. L., Hewitt, P. L., & Wekerle, C. (2012). Predictors of deliberate self-harm behavior among emerging adolescents: An initial test of a self-punitiveness model. *Current Psychology*, *31* (1). 49-64.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, *14* (5), 449-468.
- Gomes, Hugo Miguel dos Santos, & Pereira, Maria Gouveia. (2014). Funcionamento familiar e delinquência juvenil: A mediação do autocontrolo. *Análise Psicológica*, *32* (4), 439-451.
- Gouveia-Pereira, Maria, Gomes, Hugo, Miranda, Mariana, & Candeias, Maria de Jesus. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, *38* (1), 111-126.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*, *72* (1), 128-140.

- Guerreiro, D. F., Cruz, D., Frاسquilho, D., Santos, J. C., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2013). Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Archives of suicide research*, 17 (2), 91-105.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (2), 213 – 222.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15 (1), 27–33.
- Hawton K, Harriss, L. (2007) Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1574-83.
- Hawton, K. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ*, 325 (7374), 1207–1211.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counselling*, 30, 137-156.
- 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.
- Hoff, E.R, & Muehlenkamp, J.J. (2009). Non Suicidal Self-injury in college students: The role of perfectionism and rumination. *Suicide and Life-Threatning Behavior*, 39 (6), 576-587
- Hollander, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Kashani, J. H., Allan, W. D., Dahlmeier, J. M., Rezvani, M., & Reid, J. C. (1995). An examination of family functioning utilizing the Circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of Affective Disorders*, 35 (1-2), 65-73.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). 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.

- Kwok, S., & Shek, D. T. L. (2009). Social problem solving, family functioning, and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence, 44*, 391–406.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child development, 73* (4), 1151-1165.
- 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.
- Lowenstein, L. F. (2005). Youths who intentionally practise self-harm. Review of the recent research 2001-2004. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 17* (3).
- Maia B. R., Macedo A., Pereira A. T., Marques M., Bos S., Soares M. J., Valente, J., Azevedo M. H. (2012). The Role of Perfectionism in postpartum depression and Symptomatology. *Archive of Womens Mental Health, 15*, 459 – 468.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. (4<sup>a</sup> Ed.). Report Number.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 65-90*.
- Martin, G., Swannell, S. V., Hazell, P. L., Harrison, J. E., & Taylor, A. W. (2010). Self-injury in Australia: a community survey. *Medical Journal of Australia, 193* (9), 506-510.
- Martins, J., Marques, A., Loureiro, N., Carreiro da Costa, F., Diniz, J., & Gaspar de Matos, M. (2019). Trends and Age-Related Changes of Physical Activity Among Portuguese Adolescent Girls From 2002–2014: Highlights From the Health Behavior in School-Aged Children Study. *Journal of Physical Activity and Health, 1–7*.
- Matos, M. G., Reis, M., & Ramiro, L. (2011). *Equipa Aventura Social (2011). Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior: Relatório do estudo-Dados nacionais*. Lisboa: FMH. Aventura Social.
- McDonald, G., O'Brien, L., & Jackson, D. (2007). Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care, 11* (4), 298-310.

- Melo, O., & Mota, C. P. (2014). Interparental conflicts and the development of psychopathology in adolescents and young adults. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24 (59), 283-293.
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2018). Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *The Lancet Psychiatry*.
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A.M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 1–9.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research*, 11 (1), 69-82.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (1), 339–363.
- Oliveira, Leonor, Francisco, Rita, & Novo, Rosa. (2015). Perfectionism, emotional disturbance and its relation to eating disorder symptomatology: A study with Portuguese adolescents. *Psicologia*, 29 (1), 23-34.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37 (1), 64–80.
- Olson, D. H. (1989). Circumplex model of family systems VIII: Family assessment and intervention. *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*, 7-49.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22 (2), 144-167.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. (3<sup>a</sup> ed, pp. 514-547). New Work: Guildford.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39 (4), 386–390;
- Randell, B. P., Wang, W-L., Herting, J. R., & Eggert, L. E. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (3), 255–270.

- Rasmussen, K. E., & Troilo, J. (2016). “It Has to be Perfect!” The Development of Perfectionism and the Family System. *Journal of Family Theory & Review*, 8 (2), 154–172.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (2005). *Terapia Familiar* (6th ed). Porto: Afrontamento.
- Silva, C. S., & Calheiros, M. M. (2018). Stop yelling: Interparental conflict and adolescents’ self-representations as mediated by their perceived relationships with parents. *Journal of Family Issues*, 39 (7), 2174-2204.
- Soares, M. J. C., Maia, B. R., Marques, M., Pereira, A. T., Bos, S., Valente, J., Azevedo, M.H., 2012. Role of Perfectionism in Postpartum Depression and Symptomatology. *Archives of Women’s Mental Health*, 15, 6, 459 - 468.
- Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., & Azevedo, M. H. P. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 46-55.
- Soares, M. J., Pereira, A. T., Araújo, A., Silva, D., Valente, J., Nogueira, V. & Macedo, A. (2016). The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MPS13): Construct and Convergent Validity, *Work*, 142 (742), 027.
- Teodoro, Maycoln L. M, Cardoso, Bruna Moraes, & Freitas, Ana Carolina Huff. (2010). Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 324-333.
- Teodoro, Maycoln, L. M., Allgayer, Mariana & Land, Bruna (2009). Desenvolvimento e validade factorial do inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: Teoria e prática*, 11 (3), 27-39;
- Vianna, V. P. T. Silva, E. A. Souza-Formigoni, M. L. O. (2007). Versão em português da Family environment scale: aplicação e validação. *Revista Saúde Pública*, 41 (3), 419-426.
- Vieira, J. M., Matias, M., Ferreira, T., Lopez, F. G., & Matos, P. M. (2016). Parents’ work-family experiences and children’s problem behaviors: The mediating role of the parent–child relationship. *Journal of Family Psychology*, 30 (4), 419-430.
- Wagner, B. M., Silverman, M. A. C., & Martin, C. E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46 (9), 1171-1191.

- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in non-suicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 725–735.
- Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. (2011). *Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)*. *Am J Psychiatry, 168* (5), 495-501.
- Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 76*(1), 52.

## **ANEXOS**

## Anexo A: FACES IV

**Gostaria que pensasses na tua família (com quem vives). Já pensaste?**

**Escolhe a opção para cada afirmação (colocando um X) na que melhor corresponda ao que acontece na tua família.**

1	2	3	4	5
<b>Discordo Fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não Concordo nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Fortemente</b>

		1	2	3	4	5
1	Nós damos-nos melhor com pessoas de fora da nossa família do que com as de dentro.					
2	Os membros da minha família parecem evitar o contacto uns com os outros quando estão em casa.					
3	Os membros da minha família sabem muito pouco acerca dos amigos dos outros membros da família					
4	Os membros da minha família “estão por sua conta” quando existe um problema por resolver.					
5	A minha família raramente faz coisas/atividades em conjunto.					
6	Os membros da minha família estão envolvidos nas vidas uns dos outros					
7	Os membros da minha família sentem-se muito próximos uns dos outros.					

8	Os membros da minha família apoiam-se uns aos outros durante tempos difíceis.					
9	Os membros da minha família consultam/ conversam com os outros membros da família sobre decisões importantes.					
10	Os membros da minha família gostam de passar algum do seu tempo livre uns com os outros					
11	Os membros da minha família sentem-se pressionados a passarem juntos a maior parte do seu tempo livre					
12	Nós ressentimo-nos quando os membros da família fazem coisas fora da família.					
13	Os membros da família sentem-se culpados se quiserem passar o seu tempo longe da família.					
14	Na nossa família, há consequências rigorosas para quem quebra as regras..					
15	Existem consequências claras quando um membro da minha família faz alguma coisa errada..					
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		<b>Discordo Fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não Concordo nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Fortemente</b>

		1	2	3	4	5
16	Na nossa família há uma regra para quase todas as situações.					
17	A minha família tenta novas formas de lidar com os problemas.					
18	Os pais partilham a liderança na nossa família.					
19	Na nossa família a disciplina/regras são justas.					

20	Quando necessário, a minha família é capaz de se ajustar à mudança.					
21	Quando surgem problemas, nós estabelecemos compromissos.					
22	Na nossa família, parece que nunca nos conseguimos organizar.					
23	Na nossa família as coisas (tarefas/ atividades) não são feitas.					
24	A nossa família sente-se sobre pressão e desorganizada.					
25	Os membros da minha família estão satisfeitos com a forma como comunicam uns com os outros.					
26	Os membros da minha família são muito bons ouvintes.					
27	Os membros da minha família expressam afetos uns pelos outros.					
28	Os membros da minha família são capazes de pedir uns aos outros o que querem.					
29	Os membros da minha família podem calmamente discutir os problemas uns com os outros.					
30	Os membros da minha família discutem as suas ideias e crenças uns com os outros.					
31	Quando os membros da minha família fazem perguntas uns sobre os outros obtêm respostas honestas.					
32	Os membros da minha família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.					
33	Quando zangados, os membros da minha família raramente referem aspetos negativos acerca uns dos outros.					
34	Os membros da minha família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros.					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Um tanto Insatisfeito</b>	<b>Geralmente Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Extremamente Satisfeito</b>	

<b>Quão satisfeito estás com:</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
35	O grau de proximidade entre os membros da família.					
36	A capacidade da minha família para lidar com o <i>stress</i> .					
37	A capacidade da minha família para se adaptar.					
38	A capacidade da minha família para partilhar experiências positivas.					
39	A qualidade da comunicação entre os membros da minha família.					
40	A capacidade da minha família para resolver conflitos.					
41	A quantidade de tempo que passam juntos como família.					
42	A forma como os problemas são discutidos.					
43	A justiça das críticas feitas na nossa família.					
44	A preocupação dos membros da minha família uns com os outros.					

45. Acabaste de responder a um conjunto de afirmações sobre a tua família. Gostaria de saber quem foram os principais familiares em que pensaste:

\_\_\_\_\_.

46. Diz-nos o quanto a tua família é importante para ti?

Nada importante		Nem pouco nem muito importante			Muitíssimo importante	
1	2	3	4	5	6	7

## Anexo B: ICAL

Por favor, assinala se ao longo da tua vida já realizaste **intencionalmente** (ou seja, de tua própria vontade) cada um dos comportamentos (na lista abaixo) **em ti próprio e com a ideia de fazeres mal a ti mesmo**:

	NÃO	SIM			Com que idade iniciaste este comportamento?
		1 vez	2 a 10 vezes	mais de 10 vezes	
Cortei-me					
Mordi-me					
Queimei-me					
Puxei/Arranquei o cabelo					
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)					
Consumi drogas com a intenção de me magoar					
Espetei-me com agulhas					
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar					
Bebi em excesso com a intenção de me magoar					
Bati com o corpo ou bati em mim próprio					
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar					
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer					
Tentei suicidar-me					

Outros. Quais?

---

---

De todos estes comportamentos, qual foi o primeiro que realizaste?

---

## Anexo C: Inventário Clima Familiar

**Escolhe a opção para cada afirmação (escolhendo entre as opções abaixo descritas) na que melhor corresponda ao que acontece na tua família.**

<b>1</b> <b>Discordo</b> <b>Totalmente</b>	<b>2</b> <b>Discordo</b> <b>bastante</b>	<b>3 Indeciso</b>	<b>4</b> <b>Concordo</b> <b>Bastante</b>	<b>5</b> <b>Concordo</b> <b>Totalmente</b>
1. Resolver problemas significa discussão e brigas				1 2 3 4 5
2. As pessoas criticam umas às outras frequentemente				1 2 3 4 5
3. As pessoas resolvem os problemas discutindo				1 2 3 4 5
4. As pessoas irritam umas às outras				1 2 3 4 5
5. Discute-se por qualquer coisa				1 2 3 4 5
6. As pessoas gozam umas com as outras				1 2 3 4 5

## Anexo D: EMP

A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um *círculo*, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação:

1	2	3	4	5	6	7
<b>Discordo Completamente</b>	<b>Discordo bastante</b>	<b>Provavelmente discordo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>Provavelmente concordo</b>	<b>Concordo bastante</b>	<b>Concordo completamente</b>

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Um dos meus objectivos é ser perfeito(a) em tudo o que faço.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Quando estabeleço os meus objectivos, tendo para a perfeição.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. De mim, não exijo menos do que a perfeição.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Esforço-me para ser o(a) melhor em tudo o que faço.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Raramente sinto o desejo de ser perfeito(a).  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito(a) quanto possível.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.<br>qualidade, pelas pessoas que me rodeiam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedido(a).                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

*Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as questões*