



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Mariana Margarida Amado Guilherme

## **Amo ou Odeio o meu eu? Impacto da autoaversão na adolescência**

**Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Professora Doutora Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Julho de 2019

If you can keep your head when all about you  
Are losing theirs and blaming it on you  
If you can trust yourself when all men doubt you  
But make allowance for their doubting too  
If you can wait and not be tired by waiting  
Or being lied about, don't deal in lies  
Or being hated, don't give way to hating  
And yet don't look too good, nor talk too wise.

If you can dream--and not make dreams your master  
If you can think--and not make thoughts your aim  
If you can meet with Triumph and Disaster  
And treat those two impostors just the same  
If you can bear to hear the truth you've spoken  
Twisted by knaves to make a trap for fools  
Or watch the things you gave your life to, broken  
And stoop and build 'em up with worn-out tools.

(Rudyard Kipling, 1895)

Há tanto tempo que ela não ria assim, com a boca inteira, o corpo todo, a alegria a  
transbordar-lhe da pele.

(Alice Vieira, 2007)

## AGRADECIMENTOS

À professora Paula Castilho, pela motivação transmitida, por todas as palavras, por acreditar em mim. Por me ter sentido segura.

Ao Diogo, pela partilha deste projeto. Por toda a paciência, por todas as palavras de conforto.

À minha tia, por me teres dado sempre a mão, por me teres ensinado a lutar mesmo quando as forças são escassas. Por tudo o que me transmitiste através dos teus livros, da tua música, das tuas mãos, das tuas palavras, do teu amor à profissão...Sem ti não teria chegado até aqui.

À minha mãe, por estar sempre comigo, por me abraçar e acolher como ninguém. Por ser um poço de conforto e segurança. Por me estragar com mimos.

Ao meu pai, por me ensinar a olhar os outros com amor e ternura. Por me ensinar a chorar.

À minha avó, por ser uma fonte de inspiração que me enche o coração. Por ser a nossa guerreira. Por ter uma força inabalável. Por ser aquela que me adoça a alma.

Ao meu avô, pela sabedoria transmitida. Pela dedicação à terra e ao que me continua a encher os olhos e ouvidos. Por todas as cantigas que ecoam aquelas paredes. Por me ter ensinado a lutar com persistência.

Ao meu tio, por ter sonhado comigo, por me ter motivado a querer mais e melhor. Por ter sido um excelente companheiro nesta batalha. Por todas as memórias criadas.

À restante família, por todo o apoio. Por acreditarem em mim e por permitirem a concretização deste projeto.

Ao Miguel, por me dar a mão em todos os trajetos. Por acreditar sempre em mim e nas minhas competências. Por ser uma voz tranquilizante e motivadora. Por sonharmos juntos e partilharmos as nossas aventuras.

À Joana por ser um apoio extremamente importante neste percurso. Por todas as palavras de conforto e motivação que me levaram até aqui. Por todos os momentos partilhados.

À Dona Helena, por ser uma ouvinte inigualável.

Ao João, à Inês, à Joana, à Dani, à Bea e restantes amigos por todos os gestos, palavras e abraços.

Aos Rastilhos, pela partilha incondicional e pelas palavras motivantes. Por sermos um.

À Psicóloga Miriam Cores, pela sua simpatia, disponibilidade e entrega pessoal na recolha dos questionários.

À professora e amiga Paula Ferrão pela sua disponibilidade.

A todas as pessoas que me foram abraçando e acolhendo ao longo da minha vida. A todos os professores que fizeram parte do meu percurso de vida e académico, que me ensinaram a caminhar sem nunca desistir e aos que entregaram parte das suas vidas nas minhas mãos.

Por fim, a todas as pessoas que permitiram que esta tese fosse possível. A todos os adolescentes que se empenharam em responder às questões colocadas, por terem partilhado as suas dificuldades. A todos os encarregados de educação que consentiram a participação dos seus educandos. A todos os professores e funcionários que prescindiram do seu tempo para nos auxiliarem nas recolhas. Aos diretores executivos da Escola Secundária da Infanta D. Maria, do Agrupamento de Escolas de Manteigas, da Escola Profissional de Oliveira do Hospital (EPTOLIVA), da Escola Secundária José Estêvão, da Escola Secundária Marques de Castilho e membros associados que permitiram a nossa presença nas vossas escolas.

Por fim, obrigado a todos aqueles que me fizeram crescer.

## ÍNDICE

<b>Resumo.....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>8</b>
<b>I - Introdução</b>	
1.1. Adolescência e o sentido do eu.....	9
1.2. A aversão como um construto emocional heterogêneo.....	10
1.3. Autoaversão: um mecanismo psicológico evoluído disfuncional que desencadeia respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais.....	11
1.4. Autoaversão e psicopatologia.....	12
1.5. Avaliação da autoaversão.....	14
1.6. Objetivos.....	15
<b>II – Metodologia</b>	
2.1. Amostra.....	15
2.2. Procedimento.....	16
2.3. Instrumentos de medida.....	17
2.4. Estratégia analítica.....	20
<b>III – Resultados</b>	
3.1. Análise preliminar dos dados.....	21
3.2. Análise fatorial confirmatória.....	22
3.2.1. Análise fatorial de segunda ordem.....	23
3.3. Estudo da propriedade dos itens e consistência interna.....	25
3.4. Fidedignidade teste-reteste.....	27
3.5. Validade convergente.....	27
3.6. Estatística descritiva.....	29
3.7. Validade incremental.....	29
<b>IV – Discussão.....</b>	<b>31</b>
Limitações e futuras investigações .....	35
<b>V – Bibliografia.....</b>	<b>37</b>

Guilherme, M., Carreiras, D. & Castilho, P. (2019). *Avaliação da autoaversão na adolescência: validação da Escala Multidimensional de Autoaversão (EMA-A)*.  
Manuscrito em preparação.

Guilherme, M., Carreiras, D. & Castilho, P. (2019). *Evaluation of self-disgust in adolescence: validation of the Multidimensional Self-Disgust Scale (EMA-A)*.  
Manuscript in preparation.

**Avaliação da autoaversão na adolescência: validação da Escala Multidimensional de Autoaversão (EMA-A).**

**Autores**

Mariana Guilherme<sup>1\*</sup>

Diogo Carreiras<sup>1,2</sup>

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

**Afiliação**

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

<sup>2</sup> Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

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

Mariana Margarida Amado Guilherme

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: mariana\_guilherme96@hotmail.com

## RESUMO

A adolescência constitui uma etapa desenvolvimental pautada por múltiplas e rápidas mudanças nos domínios biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social. Com efeito, estas mudanças englobam a maturação física, a construção de modelos cognitivos complexos acerca do eu e dos outros, os comportamentos pró-sociais e a formação de um sentido de autoidentidade independente. Competências cognitivas evoluídas como a autoavaliação tornam-se mais salientes, podendo existir uma maior preocupação com itens relacionados com a autoapresentação e com problemas na relação interna (Wolfe & Mash, 2006). A autoaversão sendo uma emoção complexa ligada à forma de “como existo na minha mente” manifesta-se perante a exposição a estímulos internos e externos percebidos como aversivos. Apresenta um foco interno autoavaliativo pautado por sentimentos de repulsa e nojo pelos atributos físicos, da personalidade, funcionamento e comportamentos do próprio, um eu desprezado e desvalorizado aos seus próprios olhos. O objetivo do presente estudo foi adaptar e validar a Escala Multidimensional de Autoaversão, numa amostra de adolescentes portugueses (EMA-A). Foi constituída por 540 adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Foram usados questionários de autorresposta que avaliavam diversos indicadores de psicopatologia e competências de autocompaixão. Foram testados vários modelos da estrutura fatorial da EMA-A através da Análise Fatorial Confirmatória. Os resultados mostraram que o modelo com quatro fatores de primeira ordem e com um fator de segunda ordem apresenta um bom ajustamento aos dados. A escala total e os seus fatores mostraram uma boa consistência interna, uma estabilidade temporal adequada e uma boa validade convergente com medidas relacionadas. A versão portuguesa da EMA-A é uma medida válida para avaliar a emoção de nojo e aversão dirigida ao eu, com importantes implicações não só no contexto clínico como no contexto de investigação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Autoaversão; Análise fatorial confirmatória; Propriedades psicométricas

## ABSTRACT

Adolescence is a developmental stage with multiple and rapid changes in the biological, emotional, cognitive, behavioral and social domains. Indeed, these changes encompass physical maturation, the construction of complex cognitive models about the self and others, pro-social behaviors and the formation of a sense of independent self-identity. Developed cognitive competencies such as self-evaluation become more salient, and there may be a greater concern with items related to self-presentation and problems in the internal relationship (Wolfe & Mash, 2006). Self-disgust is a complex emotion linked to the "how I exist in my mind" which appears in the presence of internal and external stimuli perceived as aversive. It presents a self-centered internal focus with feelings of repulsion and disgust at physical attributes, personality, functioning and behaviors of self. The self is devalued and despised by the self. The objective of the present study was to adapt and validate the Multidimensional Self-disgust Scale, in a sample of Portuguese adolescents (EMA-A). The participants were 540 Portuguese adolescents, with ages between 13 and 18 years. Self-report questionnaires were used to assess several indicators of psychopathology and self-compassion skills. Some models of the factorial structure of EMA-A were tested through Confirmatory Factor Analysis. The results showed that the model with four factors and a second order factor presented good fit indexes. The full scale and its factors showed good internal consistency, adequate temporal stability and good convergent validity with related measures. The Portuguese version of EMA-A is a valid measure to assess the emotion of disgust and self-disgust in adolescents, with important implications not only to clinical context but also to research.

**KEYWORDS:** Adolescence; Self-disgust; Confirmatory Factor Analysis; Psychometric properties

## I – INTRODUÇÃO

### 1.1. Adolescência e o sentido do eu

A adolescência como etapa desenvolvimental reveste-se de particular importância. Período de marcadas transformações biológicas, emocionais, cognitivas e sociais com implicações cruciais e únicas para o funcionamento no estado adulto (Nelson et al., 2005). Ou seja, determinadas características desenvolvimentais sociocognitivas da adolescência são responsáveis pelo aprofundamento de várias competências (e.g., pensamento abstrato, cognição social, teoria da mente), pelo incremento de autonomia e aproximação ao grupo de pares proporcionando experiências diferentes (comportamentais e emocionais). Contudo, ao mesmo tempo torna-se mais saliente nos adolescentes (pela neurobiologia e funcionamento da mente humana) a sensibilidade às emoções e histórias, pensamentos e imagens criadas na mente acerca do eu e dos outros (Gilbert, 2005). Com efeito, fruto do processo evolutivo, os nossos sistemas integrados de processamento emocional e cognitivo não se desenvolvem sem a mente dos outros a interagir conosco. A tonalidade afetiva das relações sociais surge, assim, da forma como nos relacionamos com os outros (com sucesso ou não), em determinados papéis sociais específicos, e como os outros se relacionam conosco (Birtchnell, 1993). Percebe-se porque é que as relações sociais formam, então, a essência de quem somos, regulando a nossa identidade, valores, sentimentos e estados de humor. A autoaversão e o autocriticismo (vergonha interna) são fenómenos psicológicos associados a *scripts* interpessoais. Ou seja, aprendemos a relacionarmo-nos conosco próprios (num formato autocrítico ou de autojojo e repugnância) a partir da forma como os outros se relacionaram conosco (Baldwin, 1992, 1997). Do mesmo modo que as nossas relações com os outros são co-construídas a partir de estratégias inatas amadurecidas através das relações sociais que experimentamos, o mesmo acontece na relação do eu com o eu. Em parte, isto acontece porque as relações eu-eu (e.g., sentido de identidade, autoavaliação) servem uma importante função de autorregulação e de regulação externa (ajudam-nos a navegar no mundo social e a saber como atuar nele) (Baldwin, 2005). O aumento da autoconsciência, das preocupações com avaliações sociais negativas e com a necessidade de ser aceite, aprovado e integrado no grupo de pares, podem contribuir para novas fontes de stresse para o adolescente associadas com a aparência física, a competência social e o estabelecimento de relações interpessoais (Nelson et al., 2005; Steinberg, 2005; Wolfe & Mash, 2006). A possibilidade de gerar afeto negativo no grupo de amigos pode ter

consequências significativas e resultar em ser excluído, envergonhado, humilhado ou ridicularizado, o que, por sua vez, pode contribuir para a maturação de um sentido do eu como inferior, indesejado, com sentimentos de aversão autodirigidos (Gilbert & Irons, 2009; Carreiras & Castilho, 2014; Guiomar & Castilho, 2015). Todas estas possibilidades tornam o adolescente mais vulnerável a dificuldades na autoapresentação, autoconsciência, integração social, aumentando o risco de desenvolvimento de diferentes e múltiplos problemas no presente ou no futuro (Wolfe & Mash, 2006).

## **1.2. A aversão como um construto emocional heterogêneo**

Em 1872/1998, Darwin definiu aversão como “algo revoltante, principalmente em relação ao sentido do gosto, como efetivamente percebido ou vividamente imaginado e secundariamente a qualquer coisa que cause um sentimento semelhante, através do sentido do olfato, do toque e até mesmo da visão” (p. 253). Já em 1941, o psicanalista Andras Angyal sustentava que a aversão envolvia “repulsa diante da perspectiva da incorporação oral de um objeto ofensivo” (p. 395) (Rozin, Haidt & McCauley, 2016). Posteriormente, Russell e Giner-Sorolla (2013) argumentam que a autoaversão é uma emoção “irracional”, desprovida de flexibilidade cognitiva, comportamental e situacional, com consequências morais negativas.

Apesar dos diversos conceitos e discordâncias, a aversão é considerada uma emoção básica e inata, e assim sendo universal (Darwin; Ekman, citados por Sara, Stasik-O'Brien, Schmidt, 2018). Com efeito, como construto emocional heterogêneo abrange o ambiente sociocultural e produz padrões de resposta qualitativamente diversos (Simpson, Carter, Anthony & Overton, 2006), em que os indivíduos variam nas reações e índices de aversão (Sara, et al., 2018).

A aversão tem um papel evolucionário na proteção da saúde (desgosto/desconforto central), protege-nos dos medos de mortalidade e decadência (aversão à natureza animal) e tem um papel complexo na diferenciação do que é considerado repugnante e/ou atraente na sociedade (nojo interpessoal/moral) (Nussbaum, 2004). É ainda amplamente responsável pela manutenção da dualidade incapacidade/não-incapacidade, e pela hierarquia social (Hughes, 2012). É reconhecida como uma emoção básica, associada a padrão de respostas negativas, a estímulos percebidos como desagradáveis ou ofensivos e a preocupações corporais (Didie, Kelly & Phillips, 2010; Neziroglu, Roberts, & Yaryura-Tobias, 2004; Phillips, 2009). De sublinhar, que a

aquisição de um repertório de aversão é moldada por fatores socioculturais e por aprendizagem (Rozin, Haidt & McCauley, 1999; Sawchuk, 2009), sendo que as reações de repulsa aprendidas podem ser adquiridas e/ou generalizadas a certos estímulos, que não são considerados funcionais ou adaptativos (Powell, Simpson, & Overton, 2013).

### **1.3. Autoaversão: mecanismo psicológico evoluído disfuncional que desencadeia respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais.**

Ao longo da literatura deparamo-nos com uma certa ambiguidade em torno do conceito de autoaversão (Troop & Baker, 2009) não existindo uma definição consensual (Powell, Overton & Simpson, 2014). Diversas publicações concetualizam a autoaversão como um traço de personalidade negativo (Olatunji, David & Ciesielski, 2012), outras como a experiência emocional básica de nojo orientada para o eu (Overton, Markland, Taggart, Bagshaw & Simpson, 2008), como teoricamente idêntica à vergonha, enquanto emoção autoconsciente (Power & Dalglish, 2008), como uma emoção autoconsciente única, que envolve a autoavaliação contra padrões culturais internalizados (Roberts & Goldenberg, 2007). A nível geral a autoaversão pode ser entendida como uma generalização (ou internalização) autofocada, maladaptativa e persistente (Powell, Simpson & Overton, 2015), na qual o objeto aversivo são características pessoais integrais e permanentes (Olatunji et al., 2012; Powell et al., 2015). Envolve preocupação com regras e categorias corporais, atribuições negativas estáveis sobre o eu, comportamentos de evitamento e significativas associações com a psicopatologia focada no corpo (Cavalera, Pagnini, Zurloni, Diana, Realdon, Castelnuovo, & Molinari, 2016; Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud, & Holte, 2012; Nussbaum, 2004). Muitos defendem que constitui um traço psicológico único, cognitivo-afetivo, teórico (ou latente) (Powell, et al., 2015; Clarke, Simpson, & Varese, 2018), que incorpora ambos elementos de estado e traço (Powell, et al., 2014). Dito de outra forma, a autoaversão revela-se como um fenómeno psicológico disfuncional distinto, prejudicial, abominável, difuso, um esquema de emoções composto por um padrão estável de respostas cognitivo-afetivas baseadas no nojo e repugnância (Powell, et al., 2015).

Quando a aversão é orientada para um atributo particular do eu percebido como significativo, relativamente consistente, impuro ou difícil de alterar (e.g., peso corporal indesejável, pensamentos sexuais, forma de funcionar), a natureza prolongada, repetida e ativada da aversão é hipotetizada (Powell, et al., 2013; Powell, et al., 2015). Assim,

quando está ativada envolve um conjunto de sensações fisiológicas viscerais (e.g., náusea, vômito, repulsa) e respostas faciais, reações comportamentais (e.g., afastamento, fuga, rejeição, congelamento) e uma variedade de autocognições negativas distintas (“deixo as outras pessoas enjoadas”) (Powell, et al., 2015; Overton, et al., 2008; Rozin, et. al, 1999). Neste sentido, Paul Ekman (1992) postula que a aversão apresenta um registo comportamental que se manifesta pelo distanciamento concreto de algum objeto, evento ou situação, um registo fisiológico, pela associação a um estado fisiológico específico (náusea), e por fim um registo expressivo a múltiplas manifestações de nojo em relação às mãos, rosto e corpo (Rozin, et al., 2016). Embora a aversão seja frequentemente experienciada ou entendida como uma emoção visceral possui uma forte componente cognitiva (Rozin & Fallon, 1987; Ekman, 1992). Posto isto, a autoaversão envolve uma desvalorização da aparência física, da personalidade e do padrão de comportamentos (Ille, Schöglb, Kapfhammerb, Arendasya, Sommera & Schienlea, 2014; Ypsilanti, Lazuras, Powell & Overton, 2019). Embora saibamos que as pessoas podem experimentar várias fontes diferenciáveis de autoaversão, existe uma forte associação entre os traços físicos e psicológicos, ocorrendo conjuntamente (Powell, et al., 2014). A autoaversão não é um fenómeno isolado, exhibe, assim, vários graus de associação com fenómenos emocionais e cognitivos (Powell, et al., 2015). Power e Dalglish (1997) argumentaram que a autoaversão é um mecanismo psicológico dominante na origem e manutenção de cognições negativas (Power & Dalglish, 1997), podendo criar enviesamentos que perpetuam o ciclo vicioso de padrões de pensamento disfuncionais mais globais (Davey, Buckland, Tantow, & Dallos, 1998), em que ruminações e pensamentos negativos precedem experiências de autoaversão.

#### **1.4. Autoaversão e psicopatologia**

Assistiu-se nos últimos anos a um crescente interesse pelo estudo empírico dos processos de internalização, nomeadamente vergonha e autocríticismo, em amostras clínicas e não clínicas, quer em adultos quer em adolescentes, o que tem contribuído para uma compreensão aprofundada da sua importância no funcionamento humano em geral e na psicopatologia em particular (Andrews, 1998; Gilbert & Andrews, 1998; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Schore, 1994; Tangney & Dearing, 2002; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Especificamente, Cunha, Matos, Faria, e Zagalo (2012) mostraram que os adolescentes com mais experiências de vergonha que funcionam como

traumáticas e centrais para a sua identidade, tendem a experienciar níveis mais elevados de sentimentos de vergonha e de sintomas depressivos e ansiosos. Outro estudo em adolescentes da comunidade revelou que o efeito da predisposição para a vergonha na sintomatologia depressiva é mediado pelo uso de estratégias de *coping* de evitamento, sendo que este efeito mediador se mostrou transversal e longitudinalmente significativo (De Rubeis & Hollenstein, 2009).

Apesar da investigação nestes constructos na adolescência ser escassa os dados existentes apontam para o efeito negativo do autocrítico (vergonha interna) na adolescência. Por exemplo, Shahar, Blatt, Zuroff, Kupermine, e Leadbeater (2004) analisaram prospectivamente, desde o início da adolescência até à idade adulta, o efeito do autocrítico, e concluíram que se trata de uma característica estável com efeitos recíprocos entre este traço disposicional e a depressão, sobretudo no sexo feminino.

Apesar da similaridade entre a vergonha (foco interno) e a autoaversão a investigação é ainda escassa, em particular sobre a sua patoplastia e implicações na adolescência, nos diversos domínios de funcionamento. Alguns estudos (amostras não clínicas e clínicas de adultos, a maioria) mostraram que a autoaversão está significativamente associada aos comportamentos alimentares perturbados (Coggins & Fox, 2009; Espeset, et al., 2012; Fox, E. 2009; Troop & Baker, 2009; Powell, et al., 2015), à aparência física, às relações interpessoais, à autoperseguição e ao autoataque (Powell, et al., 2014). Outros estudos confirmaram que a autoaversão e os sentimentos derivados desta medeiam a associação entre pensamentos disfuncionais e sintomas depressivos (Overton et al., 2008; Powell et al., 2013; Simpson, Hillman, Crawford & Overton, 2010), fornecendo uma relação causal entre as cognições disfuncionais e a sintomatologia depressiva (Overton, et al., 2008), e que a autoaversão era mais comumente relatada do que vergonha e culpa entre os indivíduos diagnosticados com perturbação depressiva major (Zahn, Lythe, Gethin, Green, Deakin, Young & Moll, 2015). Mais ainda, indivíduos com elevados níveis de solidão relataram significativamente maior autoaversão comportamental e física do que aqueles que apresentaram níveis médios de solidão mais baixos (Ypsilanti, et al., 2019).

Outros estudos levados a cabo demonstraram a forte associação à insatisfação corporal, ao estigma (Griffiths & Page, 2008), pela sua estreita relação a características corporais percebidas como doentes ou não atraentes pela sociedade (Oaten, Stevenson, & Case, 2011; Park, van Leeuwen, & Stephen, 2012; Shanmugarajah, Gaiind, Clarke e

Butler, 2012; Smith, Loewenstein, Rozin, Sherriff e Ubel, 2007), portanto, relacionadas ao repúdio "moral" e social (Rozin, Haidt, & McCauley, 2000; Tybur, Lieberman & Griskevicius, 2009). Parece, então, que autoaversão pode funcionar como um mecanismo de controlo da atratividade interpessoal e da aceitação social (Ille, et al., 2014).

Em termos mais globais a autoaversão está relacionada com problemas psicológicos específicos (Ille, et al., 2014; Clarke, et al., 2018), que conduzem conseqüentemente à redução do bem-estar psicológico (Azlan, Overton, Simpson, & Powell, 2017; Brake, Rojas, Badour, Dutton, & Feldner, 2017). Deste modo, os elevados níveis de autoaversão constituem um fator de risco para a origem e manutenção de várias perturbações mentais e sintomas associados, incluindo ansiedade social (Amir, Najmi, Bomyea & Burns, 2010), fobias específicas do tipo animal e sanguíneo (DeJong & Merckelbach, 1998; Schienle, Schäfer & Naumann, 2008), perturbação obsessivo-compulsiva (POC) (Olatunji, Cox & Kim, 2015; Charas & McKay, 2002; Muris, Merckelbach, Nederkoorn, Rassin, Candel, & Horslerlenberg, 2000; Muris, Merckelbach, Schmidt e Tierny, 1999; Olatunji, Sawchuk, Lohr, & DeJong, 2004; Schienle, Walter, Schaefer, Stark & Vaitl, 2005), perturbações do comportamento alimentar (Fox, R. 2009; Davey, et al., 1998; Davey, L. & Chapman, L., 2009), esquizofrenia (Ille, Schöny, Kapfhammer & Schienle, 2010; Schienle, Walter, Schäfer, Starl, Vaitl, 2003), psicoticismo (Ille et al 2014) e perturbação *borderline* da personalidade (Rüsch, Schulz, Valerius, Steil, Bohus & Schmahl, 2011; Schienle, Haas-Krammer, Schöggel, Kapfhammer & Ille, 2013)

### **1.5. Avaliação da autoaversão**

Com o interesse na investigação sobre autoaversão, têm surgido instrumentos específicos para sua avaliação. Nos últimos anos foram construídos e desenvolvidos alguns instrumentos psicométricos, nomeadamente, *Self-Disgust Scale* (SDS; Overton et al., 2008), *Disgust Scale-Revised in Adolescents* (DS-R; Kim, Ebesutani, Young, & Olatunji, 2012), *Questionnaire for the Assessment of Self-Disgust* (QASD; Schienle et al., 2014), *Escala Multidimensional de Autoaversão* (MSDS, Carreiras & Castilho, 2014).

Uma dessas medidas de autorresposta, a *Self-Disgust Scale* (SDS; Overton et al., 2008), foi estudada numa amostra de conveniência composta por estudantes universitários e dispõe de dois fatores: *eu aversivo*, na qual a aversão é direcionada para aspetos estáveis, independentes da aparência ou personalidade e *formas aversivas*, na qual

a aversão é direcionada para o comportamento dos outros. A SDS evidenciou uma consistência interna forte ( $\alpha = .91$ ), uma forte confiabilidade teste-reteste e as seguintes correlações com outras medidas teoricamente relacionadas,  $r = .25$ . Embora a SDS tenha mostrado confiabilidade ao avaliar a autoaversão, os seus itens abrangem maioritariamente pensamentos e avaliações deixando de fora outras dimensões relevantes. No sentido de colmatar esta lacuna Carreiras & Castilho (2014) desenvolveram um novo instrumento que permitiu avaliar os diferentes componentes da resposta emocional de Autoaversão, a Escala Multidimensional de Autoaversão (MSDS). Esta foi desenvolvida e validada numa amostra de estudantes e trabalhadores, com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos. Os resultados obtidos evidenciaram que a medida final obtida constituída por 32 itens possuía boa consistência interna, validade convergente e boa capacidade preditiva de psicopatologia e ideação suicida. Atualmente não existem medidas construídas ou adaptadas que permitam avaliar a autoaversão na etapa desenvolvimental da adolescência.

### **1.6. Objetivos**

O presente estudo teve como objetivo principal investigar a autoaversão na população adolescente. Deste modo, pretendeu-se adaptar e validar a medida Escala Multidimensional da Autoaversão (EMA-A) numa amostra de adolescentes portugueses. Especificamente, analisou-se a estrutura fatorial, a consistência interna e a propriedade dos itens, e as validades convergente, temporal e incremental, respetivamente. Mais ainda, foram exploradas as diferenças na autoaversão em função de determinadas características sociodemográficas (género).

## **II – METODOLOGIA**

### **2.1. Amostra**

Foi constituída uma amostra de conveniência com adolescentes portugueses da comunidade que permitisse a realização do estudo da validade fatorial e das propriedades psicométricas da medida de autorresposta em análise, com recurso à análise fatorial confirmatória. A amostra foi recolhida entre fevereiro e maio de 2019 e contou com a participação de adolescentes, alunos de vários estabelecimentos de ensino da zona centro e norte do país. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 13 e superior a 18 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c)

evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão semântica e linguística que comprometessem o preenchimento correto das escalas; (f) escolaridade inferior ao 7.º ano; (g) presença de doença mental ou psicológica; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental.

A amostra final ficou constituída por 540 adolescentes, sendo 232 do género masculino (43%) e 308 do género feminino (57%). A média de idades do total da amostra é de 15.53 ( $DP = 1.08$ ) e a média de anos de escolaridade é de 10.15 ( $DP = 0.89$ ), com a idade de 15 anos como a mais frequente (36.7%), assim como o décimo ano de escolaridade (47.8%), respetivamente. Verifica-se a existência de diferenças significativas entre os dois géneros no que diz respeito aos anos de escolaridade ( $t_{(405)} = -2.77$ ,  $p = .006$ ), sendo o tamanho do efeito desta diferença médio ( $d = -.25$ ;  $r = -.12$ ) (Cohen, 1988), em que as raparigas têm mais escolaridade. No que concerne ao nível socioeconómico encontraram-se diferenças significativas entre os géneros ( $\chi^2 = 14.02$ ,  $p = .007$ ), em que a maioria dos participantes pertence ao nível socioeconómico médio (78.7%). As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra em estudo (N = 540).**

	Masculino (n=232)		Feminino (n=308)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
<b>Idade</b>	15.53	1.21	15.53	.96	-.07	.946	-
<b>Anos de Escolaridade</b>	10.02	1.02	10.24	.75	-2.77	.006	-.25
	N	%	N	%	$\chi^2$	p	
<b>Nível socioeconómico</b>					14.02	.007	
Muito baixo	-	-	1	0.3			
Baixo	7	3.0	6	2			
Médio	167	72	258	84.3			
Alto	55	23.7	40	13.1			
Muito alto	3	1.3	1	0.3			

## 2.2. Procedimento

O presente estudo integra um estudo de investigação mais abrangente sobre fatores de risco e protetores dos traços *borderline* da personalidade em adolescentes portugueses, tendo sido previamente aprovado pelas entidades tutelares competentes, nomeadamente pela Direção-Geral da Educação (DGE), pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação em Psicologia da FPCEUC. Numa fase inicial, procedeu-se à adaptação prévia dos itens da escala tendo em conta a linguagem e a etapa desenvolvimental dos participantes,

preservando o conteúdo dos itens. A escala foi preenchida por 31 adolescentes tendo sido testados os aspetos relativos à compreensibilidade semântica dos itens. Os participantes, os encarregados de educação e os representantes das escolas foram previamente informados acerca dos objetivos, tomando conhecimento dos mesmos pela leitura de um texto de consentimento informado. Foi ainda facultada pela investigadora responsável informação referente à natureza dos dados, à confidencialidade, ao anonimato e à participação de carácter voluntário. A recolha foi efetuada sempre em contexto de sala de aula, demorando, em média, 30 minutos.

### 2.3. Instrumentos de medida

A **Escala Multidimensional de Autoaversão** (MSDS; Castilho, Pinto-Gouveia, Pinto & Carreiras, 2014) é um instrumento de autorrelato que mede a aversão/repugnância dirigida ao eu, no que concerne aos aspetos físicos, comportamentais e de funcionamento. A escala é constituída por 32 itens organizados em 4 fatores: *Ativação defensiva* (componente fisiológico da emoção, com 14 itens, e.g. *Tenho arrepios em determinadas partes do corpo; A minha respiração fica ofegante*), *Cognitivo-emocional* (pensamentos e emoções que refletem a relação de aversão, hostil e de nojo com o eu, com 10 itens, e.g. *Sinto que gostaria de fugir de mim; Sinto-me profundamente desgostoso devido a esses aspetos de mim*), *Evitamento* (ações e comportamentos que visam esconder e evitar os aspetos do eu considerados repugnantes e tóxicos, com 4 itens, e.g. *Fico inibido(a); Desvio o olhar do meu corpo*) e *Exclusão* (comportamentos que pretendem excluir e eliminar os aspetos do eu repulsivos e aversivos, com 4 itens, e.g. *Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essa parte de mim mesmo(a); Bebo, drogo-me, tomo comprimidos*). Utiliza uma escala de *Likert* de 5 pontos que varia de “0 = Nunca” a “4 = Sempre”, sendo que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de autoaversão. No estudo original, numa amostra não clínica de estudantes e trabalhadores, a medida demonstrou uma elevada correlação item-total, correlações positivas com vários construtos psicológicos, uma boa consistência interna em todos os fatores (para o fator *Ativação defensiva*,  $\alpha = .95$ ; para o fator *Cognitivo-emocional*,  $\alpha = .97$ ; para o fator *Exclusão*,  $\alpha = .77$  e para o fator *Evitamento*,  $\alpha = .84$ ) e ainda boa capacidade preditiva (Castilho, et al., 2014). A validade fatorial demonstrou a existência de uma solução de 4 fatores, com uma boa validade convergente (Castilho, Carreiras, Pinto, Vagos, & Pinto-Gouveia, 2019)

A **Escala de Autocompaixão** (SCS-A; Neff, 2003; adaptação e tradução para adolescentes por Cunha, Xavier & Castilho, 2016) é uma medida de autorrelato que pretende avaliar a capacidade de autocompaixão dos adolescentes, nos seus componentes: Bondade amorosa, entendida como a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; Humanidade comum, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior, sem recorrer ao Isolamento; e o *Mindfulness*, que se refere a uma consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva Sobre identificação com os mesmos. Os itens estão, assim, agrupados em seis subescalas: *Bondade Amorosa* (5 itens) (e.g., *Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto*), *Autocrítica* (5 itens) (e.g., *Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações*), *Humanidade Comum* (4 itens) (e.g., *Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana*), *Isolamento* (4 itens) (e.g., *Quando penso acerca das minhas inquietações e defeitos, sinto-me mais à parte e desligado(a) do resto do mundo*) *Mindfulness* (4 itens) (e.g., *Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação*) e *Sobre identificação* (4 itens) (e.g., *Quando me sinto em baixo tento a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado*). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre), em que a cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens. Pontuações mais elevadas significam maiores níveis de autocompaixão. Na versão portuguesa para adolescentes, a medida apresentou bons níveis de consistência interna para o total da escala ( $\alpha = .88$ ), no que concerne aos valores obtidos nas seis subescalas, estes variaram entre  $\alpha = .70$  e  $\alpha = .79$  correspondendo a resultados fracos e razoáveis (Cunha, Xavier & Castilho, 2016). No presente estudo a SCS-A apresenta um valor de consistência interna de .90, para a escala total.

A **Escala de Stress, Depressão e Ansiedade** (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) é constituída por 21 itens organizados por três subescalas: *Stresse*, *Depressão* e *Ansiedade*, sendo que cada uma delas tem um total de 7 itens (na dimensão *Stresse*, por exemplo *Tive dificuldades em acalmar-me*; na dimensão *Depressão*, por exemplo *Senti que não tinha muito valor como pessoa*; e na dimensão *Ansiedade*, por exemplo *Senti-me quase a entrar em pânico*). Apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de 4 pontos que varia de “0 = Não se aplicou nada a mim”

a “3 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, referente à semana passada. A pontuação para cada dimensão é obtida através da soma dos 7 itens, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior nível de afeto negativo. A versão original apresentou uma elevada consistência interna para as três subescalas (para a dimensão *Depressão*  $\alpha = .91$ , para a dimensão *Ansiedade*  $\alpha = .84$  e para a dimensão *Stresse*  $\alpha = .90$ , respetivamente) (Lovibond & Lovibond, 1995). Por sua vez, na versão portuguesa a consistência interna obtida mostrou-se igualmente boa (para a dimensão *Depressão*  $\alpha = .85$ , para a dimensão *Ansiedade*  $\alpha = .74$  e para a dimensão *Stresse*  $\alpha = .81$ ) (Pais-Ribeiro, et al., 2004). Os níveis de consistência interna obtidos no presente estudo revelaram-se igualmente bons para a subescala *Depressão*  $\alpha = .90$ , a subescala *Ansiedade*  $\alpha = .86$  e a subescala *Stresse*  $\alpha = .89$ .

**O Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência** (ISSIQ-A; Carvalho, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira & Pinto-Gouveia, 2015) é um questionário de autorresposta que pretende avaliar comportamentos Autolesivos, Ideação suicida, o Impulso e as Funções dos comportamentos autolesivos não suicidários, em adolescentes. É composto por 4 módulos que avaliam as seguintes variáveis: A - *Impulso* (8 itens; *Faço coisas sem pensar nas consequências*), B - *Autodano* propriamente dito (8 itens; *Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito*) e *Comportamentos de risco* (6 itens), C - *Funções do autodano de Reforço Automático* (24 itens) e *Funções de Reforço Social* (7 itens) e, por fim, D – *Ideação Suicida* (3 itens; *Já houve alturas em que pensei que me queria matar*), e que estão dispostos numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos, desde “Nunca acontece comigo” (0) a “Acontece-me sempre” (3), com exceção da escala C (*Funções*) que é de resposta nominal. Pontuações mais elevadas sugerem mais Impulso, Comportamentos autolesivos e Ideação suicida. No que concerne à consistência interna, os alfas de *Cronbach* das subescalas revelaram-se bons a bastante bons, designadamente .77 para a subescala *Impulso*, .90 para a subescala *Autodano* propriamente dita, .81 para *Comportamentos de risco*, .82 para *Ideação suicida* (Carvalho et al., 2015). No presente estudo foram obtidos os seguintes alfas de *Cronbach*: .77 para *Impulso*, .81 para *Autodano* propriamente dito, .73 para *Comportamentos de risco* e .83 para a *Ideação suicida*.

## 2.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho de natureza transversal e os procedimentos estatísticos associados foram executados utilizando o *software* IBM SPSS *Statistics* 22.0 (SPSS IBM; Chicago, IL) e o *software* MPLUS versão 8 (Muthén & Muthén, 1998-2017). No sentido de testar as diferenças de género relativamente às variáveis em estudo, procedeu-se à elaboração do *t* de *Student* para amostras independentes. A significância estatística foi considerada sempre que o *p-value* se mostrou igual ou inferior a .05 (Marôco, 2014). Para analisar a consistência interna das escalas de autorresposta apresentadas neste estudo, foram calculados os respetivos alfas de *Cronbach*. Utilizaram-se como valores de referência os índices apontados por Pestana e Gageiro (2008): inferior a .60 alfas inadmissíveis; entre .61 e .70 alfas fracas; entre .71 e .80 alfas razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .90 alfas muito bons. Utilizaram-se testes paramétricos, pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis e pelo elevado número de sujeitos que constitui a amostra (Marôco, 2010). De seguida, realizou-se uma análise fatorial confirmatória por se revelar o método mais apropriado de exploração das relações entre as variáveis observadas e latentes e as correlações entre as últimas. O objetivo pretendido era apenas confirmar determinados padrões estruturais da medida, ou seja, se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis manifestas específicas de acordo com o padrão pré-estabelecido. Considerando o facto de os dados não seguirem uma distribuição normal recorreu-se ao uso do método de estimação por *Robust Maximum Likelihood* (MLR). A análise da qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os índices de ajustamento e respetivos valores de referência e consiste em verificar se o modelo proposto se afasta ou aproxima da matriz de dados recolhidos, ou seja, se traduz uma explicação adequada ou fraca do construto. Para analisar a qualidade global da AFC, observou-se o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ), por ser um teste estatístico muito sensível ao tamanho da amostra e a afastamentos à normalidade e linearidade (Marôco, 2010), foram ainda utilizados, em simultâneo, outros índices de qualidade de ajustamento: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Standardized Root Mean Residual (SRMR), Akaike (AIC) e Bayesian (BIC). De facto, dada a sensibilidade aos tamanhos amostrais e desvios à normalidade seria previsível que o teste do Qui-quadrado indicasse um fraco ajustamento, assim complementámos esta observação com a análise dos índices de ajustamento referidos

anteriormente, avaliando os mesmos através de os seguintes pontos de corte indicados por Hair, Black, Babin & Anderson (2010),  $RMSEA < .07$ ;  $CFI > .90$ ;  $TLI > .90$ ;  $SRMR < .08$ . A reespecificação do modelo foi feita a partir dos índices de modificação (superiores a 11;  $p < 0.001$ ), respeitando considerações teóricas (i.e., conteúdo dos itens). Para efeitos de comparação dos modelos, recorreu-se ao AIC (Akaike) e BIC (Bayesian), indicando que o modelo com menores valores de AIC e BIC é o melhor e mais estável na população (Marôco, 2010). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens (que indica a consistência e a reprodutibilidade da medida). Conforme recomendado, foram eliminados todos os itens com saturações fatoriais  $< .3$  (Tabachnick & Fidell, 2013).

Posteriormente, os itens foram analisados quanto à consistência interna, recorrendo à média, desvio-padrão, correlação com o total e ao alfa de *Cronbach* caso o item fosse excluído. Utilizaram-se como valores de referência os índices apontados por Pestana e Gageiro (2008), que foram descritos anteriormente. Foram ainda testadas as seguintes propriedades psicométricas: (a) estabilidade temporal através do coeficiente de correlação de *Pearson*, utilizando como referência os índices descritos por Dancey e Reidy (2017): coeficientes entre .10 e .39 fracos; entre .40 e .69 moderados; superiores a .70 fortes, (b) validade convergente com recurso a correlações com outras medidas de autorresposta que medem construtos teoricamente relacionados, em que segundo Cohen (1988) coeficientes de correlação entre .10 e .30 são baixos; entre .30 e .50 são moderados e superiores a .50 são fortes, (c) validade incremental com o recurso a modelos de regressão múltipla hierárquica (Pestana & Gageiro, 2008).

### III – RESULTADOS

#### 3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi testada através do teste *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respetivamente). Os dados obtidos não mostraram uma distribuição normal ( $K-S, p \leq .001$ ), sendo que nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violações severas à distribuição normal (Kline, 1998). Segundo Kline (1998), valores de *Skewness*  $< 3$  e de *Kurtosis*  $< 10$  são considerados aceitáveis. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis* (D2), e pela representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*) que

indicaram a presença de alguns valores extremos, mas optou-se pela manutenção dos mesmos uma vez que estes não diminuam a variabilidade associada ao fator em estudo e não interferiam com as análises estatísticas realizadas (Tabachnick & Fidell, 1989, 2007). Utilizaram-se testes paramétricos, pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Marôco, 2010) e pelo elevado número de sujeitos que constitui a amostra. Com vista à realização de análises de regressão múltipla hierárquica, foram considerados os pressupostos da normalidade (através do teste *K-S* e dos valores de *Skewness* e de *Kurtosis*), da homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através do teste de *Durbin-Watson*, com valores obtidos que variaram entre 1.91 e 1.97). A presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes foi analisada mediante o cálculo dos VIF. Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ( $VIF < 5$ ; Marôco, 2010).

### 3.2. Análise Fatorial Confirmatória

A estrutura fatorial da escala EMA-A foi analisada através de uma análise fatorial confirmatória (AFC), assim colocou-se como hipótese que esta escala seguiria a estrutura fatorial constituída por quatro fatores, tal como indicado por Carreiras e Castilho (2014). O modelo postula que a autoaversão engloba vários componentes que se dividem em 4 fatores e 32 variáveis observadas. Neste estudo, através de AFC, foram comparados os seguintes modelos (Tabela 2): (a) Modelo 1: quatro fatores latentes intercorrelacionados (1) ativação defensiva, com catorze itens, (2) cognitivo-emocional, com dez itens, (3) evitamento, com quatro itens, e (4) exclusão, com quatro itens; (b) Modelo 2: quatro fatores latentes intercorrelacionados, descritos anteriormente, eliminação dos itens 9 e 4 e a correlação dos erros dos itens 3 e 7; (c) Modelo 3: modelo hierárquico de segunda ordem - com um fator latente global de Autoaversão, com quatro fatores latentes intercorrelacionados e com 30 variáveis manifestas (eliminação dos itens 4 e 9; correlação dos erros dos itens 3 e 7).

Inicialmente, o modelo ajustado (Modelo 1) a uma amostra de 540 adolescentes revelou uma qualidade de ajustamento razoável em alguns indicadores ( $X^2/df = 2.57$ ,  $\chi^2 = 1172.61$ ;  $df. = 456$ ;  $p < .001$ ; CI RMSEA 90% [.050-.058];  $P(rmse)$   $p < .005 = .052$ ; RMSEA = .054; CFI = .89; TLI = .88; SRMR = .051; AIC = 38264.160; BIC = 38701.900). Posteriormente, procedeu-se à análise dos índices de modificação, com o objetivo de melhorar o ajustamento do referido modelo. Face ao procedimento das

alterações necessárias foi testado o Modelo 2, em que foram eliminados dois itens da escala uma vez que se verificou que o item 9 (*Quando sinto aversão em relação a mim, tenho vontade de arrotar*) que pertencia ao fator Exclusão, apresentava uma carga fatorial baixa (.256) e que o item 4 (*Quando sinto aversão em relação a mim, fico inibido/a e bloqueado/a*) deveria pertencer ao fator Ativação defensiva. Contudo, em termos teóricos a transição do item 4 do fator Evitamento para o fator Ativação defensiva não se mostrava viável, uma vez que teoricamente consideramos que o seu conteúdo está associado a formas de evitamento. Foram ainda correlacionados os erros de medida dos seguintes itens: 3 (*Quando sinto aversão em relação a mim, a minha respiração fica acelerada*) e 7 (*Quando sinto aversão em relação a mim, o meu coração fica acelerado*). Estas correlações também se justificam, de um ponto de vista teórico, pela semelhança do conteúdo dos itens pertencentes ao mesmo fator (Ativação defensiva).

Posto estas alterações, verificámos que o Modelo 2 apresenta um ajustamento aos dados adequado, com valores de CFI e RMSEA dentro dos valores de corte ( $CFI \geq 0,90$  e  $RMSEA \leq 0,08$ ), e valores de AIC e BIC inferiores ao modelo original. Adicionalmente, através do teste de diferenças de Qui-quadrado, verificou-se que o Modelo 2 apresenta uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original na amostra em estudo (Modelo 1).

**Tabela 2. Comparação dos índices de ajustamento dos modelos testados através de Análise Fatorial Confirmatória.**

Modelos testados	$\chi^2$	df.	$\chi^2/df$	SRMR	TLI	CFI	RMSEA	90% CI RMSEA	AIC	BIC
Modelo 1 (4 fatores)	1172.61*	456	2.57	.051	.88	.89	.054	[.050-.058]	38264.16	38701.90
Modelo 2 (4 fatores: eliminação dos itens 9 e 4; correlação dos erros dos itens 3 e 7)	911.25*	398	2.28	.048	.91	.92	.049	[.045-.053]	36273.34	36689.636
Modelo 3 (1 fator de segunda ordem, 4 fatores de primeira ordem, eliminação dos itens 9 e 4, correlação dos erros dos itens 3 e 7)	924.96*	400	2.31	.050	.91	.91	.049	[.045-.053]	36297.620	36705.319

\*Nota.  $p \leq .001$ . df.: graus de Liberdade; SRMR: Standardized Root Mean Residual; TLI: Tucker-Lewis Index; CFI: Comparative Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; AIC: Akaike; BIC: Bayesian.

### 3.2.1 Análise fatorial de segunda ordem

De acordo com os pressupostos da análise fatorial, os dados anteriormente obtidos sugerem a existência de fatores hierárquicos superiores. Desse modo, foi testado um modelo de segunda ordem designado “Autoaversão”, em função de determinados critérios (i) a conceitualização teórica acerca da autoaversão como emoção da identidade

prevê a existência de um fator latente, e (ii) as correlações significativas observadas entre os quatro componentes multidimensionais da EMA-A, o que pode dever-se à existência de um fator latente de segunda ordem. Partindo do Modelo 2 referido anteriormente, testou-se um modelo hierárquico de segunda ordem com um fator latente global de Autoaversão ao qual estão associadas aos quatro fatores. Os índices de ajustamento são apresentados na Tabela 2. O modelo ajustado (Modelo 3) revelou um bom ajustamento ( $X^2/df = 2.31$ ;  $\chi^2 = 924.96$ ;  $df. = 400$ ;  $p < .001$ ; CI RMSEA 90% [.045-.053];  $P(rmsea) p < .005 = .60$ ; RMSEA = .049; CFI = .91; TLI = .91; SRMR = .050; AIC = 36297.620; BIC = 36705.319). Utilizando como termo de comparação aos dados obtidos no Modelo 2, verificámos que existiram alguns valores que sofreram alterações indesejadas, contudo os resultados indicam que os caminhos do fator de segunda ordem “Autoaversão” para os respetivos fatores são significativos e apresentam pesos fatoriais elevados, nomeadamente da EMA-A global para Ativação defensiva  $\lambda = .83$ , da EMA-A global global para Cognitivo-emocional  $\lambda = .99$ , da EMA-A global para Evitamento  $\lambda = .94$  e da EMA-A global para Exclusão  $\lambda = .82$ . Assim, apesar de se registarem aumentos e diminuições inesperados de determinados índices de qualidade de ajustamento, a adição do fator de segunda ordem é apoiada pela estrutura correlacional observada na amostra sob estudo.

Após a constituição do Modelo 3, foram analisadas as cargas fatoriais dos itens ( $\lambda$ ) associadas aos quatro fatores, no sentido de averiguar a quantidade de variância observada que o construto subjacente é capaz de explicar. Todos os itens atendem à suposição de  $\lambda \geq .3$  (Tabachnick & Fidell, 2013), as cargas fatoriais dos 30 itens são apresentadas na Tabela 3. No que concerne à qualidade de ajustamento local do modelo, verificou-se que todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, que variaram entre .51 (item 27) e .85 (item 12).

**Tabela 3. Fatores e saturações fatoriais dos respetivos itens (N=540).**

Fatores	Saturações fatoriais
<b>Fator Ativação defensiva</b>	
1. ...tenho arrepios em ... partes do corpo.	0.67*
3. ...sinto que gostaria de fugir.	0.73*
7.... o meu coração fica acelerado.	0.77*
10. ... sinto tensão muscular na cara ...	0.56*
13. ... sinto-me a desfalecer ou a perder as forças...	0.79*
14. ... tenho a sensação que o meu corpo se contrai.	0.73*

<b>Fator Ativação defensiva</b>	
15. ... fico com tremor no corpo.	0.81*
17. ... fico com uma sensação...no estômago.	0.74*
19. ... tenho tonturas.	0.72*
22. ... sofro alterações gastrointestinais ...	0.70*
23. ... fico ativado/a (alerta).	0.54*
24. ... tenho a sensação de que vou vomitar.	0.64*
28. ... sinto um nó na garganta.	0.78*
32. ... sinto picadas e formigueiros em ... do corpo.	0.67*
<b>Fator Cognitivo-emocional</b>	
2. ... sinto que gostaria de fugir de mim.	0.80*
5. ... sinto-me profundamente desgostoso/a.	0.83*
8. ... sinto-me diminuído/a inferior e pequeno/a.	0.79*
11. ... sinto que há "algo de mau...".	0.84*
16. ... sinto-me "sujo/a".	0.66*
18. ... não consigo deixar de pensar...	0.75*
21. ... sinto ódio.	0.82*
26. ... desvio o olhar...	0.80*
29. ... sinto que sou uma "nódoa".	0.84*
31. ... critico-me de forma violenta.	0.79*
<b>Fator Evitamento</b>	
12. ... sinto vontade de cortar...essa parte de mim...	0.85*
20. ... tenho...comportamentos para me magoar...	0.78*
27. ... bebo, drogo-me, tomo comprimidos.	0.51*
<b>Fator Exclusão</b>	
6. ... disfarço esses aspetos que me metem nojo.	0.66*
25. ... desvio o olhar do meu corpo.	0.71*
30. ... evito mostrar-me...	0.82*

\*Nota.  $p \leq .001$

### 3.3. Estudo da propriedade dos itens e consistência interna

Na tabela 4 são descritas a média e desvio padrão de cada item, bem como a correlação do item com o total de cada fator e o  $\alpha$  de *Cronbach* do total do fator se o item em causa fosse removido. São ainda apresentados os  $\alpha$  de *Cronbach* para cada fator e para o total da Escala Multidimensional da Autoaversão (EMA-A).

A partir da análise dos resultados, constata-se que a remoção do item 27 (*Quando sinto aversão em relação a mim, bebo, drogo-me, tomo comprimidos*) incrementaria

consistência interna ao fator Exclusão. Contudo verificámos que este item apresentava uma carga fatorial aceitável e que em termos teóricos era plausível que pertencesse ao fator Exclusão, não tendo sido eliminado. Em suma, o total da escala ( $\alpha = .97$ ) e aos quatro fatores que compõem a EMA-A apresentam um  $\alpha$  de *Cronbach* que varia entre .75 e .94., e que segundo Pestana e Gageiro (2008) são valores que variam de razoáveis a muito bons, respetivamente.

**Tabela 4. Média (M), desvio-padrão (DP), correlações item-total (r) e alfa de Cronbach se o item for excluído ( $\alpha$ ) da amostra total (N=540)**

Fatores	M	DP	r	$\alpha$
<b>Fator Ativação defensiva (<math>\alpha= 0.93</math>)</b>				
1. ... tenho arrepios em ... partes do corpo.	0.59	0.91	0.64	0.93
3. ... sinto que gostaria de fugir.	0.64	1.04	0.73	0.92
7. ... o meu coração fica acelerado.	0.72	1.07	0.76	0.92
10. ... sinto tensão muscular na cara...	0.62	0.97	0.54	0.93
13. ... sinto-me a desfalecer ou a perder as forças...	0.50	0.90	0.75	0.92
14. ... tenho a sensação que o meu corpo se contrai.	0.47	0.87	0.71	0.93
15. ... fico com tremor no corpo.	0.43	0.90	0.78	0.92
17. ... fico com uma sensação...no estômago.	0.68	1.04	0.71	0.93
19. ... tenho tonturas.	0.32	0.73	0.69	0.93
22. ... sofro alterações gastrointestinais...	0.37	0.87	0.66	0.93
23. ... fico ativado/a (alerta).	0.55	0.92	0.52	0.93
24. ... tenho a sensação de que vou vomitar.	0.28	0.77	0.62	0.93
28. ... sinto um nó na garganta.	0.67	1.09	0.74	0.92
32. ... sinto picadas e formigueiros em ... do corpo.	0.31	0.73	0.66	0.93
<b>Fator Cognitivo-emocional (<math>\alpha= 0.94</math>)</b>				
2. ... sinto que gostaria de fugir de mim.	0.89	1.20	0.77	0.94
5. ... sinto-me profundamente desgostoso/a.	1.05	1.24	0.81	0.94
8. ... sinto-me diminuído/a inferior e pequeno/a.	1.18	1.28	0.78	0.94
11. ... sinto que há "algo de mau..."	1.21	1.31	0.82	0.94
16. ... sinto-me "sujo/a".	0.49	0.97	0.63	0.94
18. ... não consigo deixar de pensar...	1.39	1.32	0.73	0.94
21. ... sinto ódio.	0.83	1.17	0.80	0.94
26. ... desvio o olhar...	1.00	1.27	0.78	0.94
29. ... sinto que sou uma "nódoa".	0.67	1.11	0.81	0.94
31. ... critico-me de forma violenta.	0.72	1.19	0.76	0.94
<b>Fator Exclusão (<math>\alpha= 0.75</math>)</b>				
12. ...sinto vontade de cortar...essa parte de mim...	0.48	1.01	0.65	0.59
20. ... tenho...comportamentos para me magoar...	0.39	0.95	0.69	0.53
27. ... bebo, drogo-me, tomo comprimidos.	0.22	0.66	0.46	0.80
<b>Fator Evitamento (<math>\alpha= 0.77</math>)</b>				
6. ... disfarço esses aspetos que me metem nojo.	1.08	1.22	0.54	0.75
25. ... desvio o olhar do meu corpo.	0.59	1.05	0.59	0.70
30. ... evito mostrar-me...	0.96	1.27	0.68	0.58
<b>Autoaversão total (<math>\alpha= 0.97</math>)</b>				

### 3.4. Fidedignidade teste-reteste

A estabilidade temporal da medida foi calculada através do coeficiente de correlação de *Pearson* para cada fator e para o total da escala. Para o efeito foi necessário administrá-la em dois momentos diferentes, com um intervalo de quatro semanas, a um grupo de adolescentes ( $N = 65$ ). Obtiveram-se, assim, coeficientes de correlação elevada para os fatores *Ativação defensiva* ( $r = .85$ ), *Cognitivo-emocional* ( $r = .89$ ), *Exclusão* ( $r = .82$ ) e *Evitamento* ( $r = .83$ ). Quanto ao total da escala, esta apresentou um coeficiente de correlação de  $r$  de *Pearson* de .89 (Dancey & Reidy, 2017). Os dados apontam para uma boa estabilidade temporal do instrumento.

### 3.5. Validade convergente

Em relação à validade convergente, testaram-se coeficientes de correlação de *Pearson* entre a EMA-A total, os respetivos fatores e outras medidas de autorrelato teoricamente relacionados, nomeadamente, sintomas psicopatológicos: Depressão, Ansiedade, Stresse (EADS-21), Impulso, Autodano, Ideação suicida (ISSIQ-A); e Autocompaixão (SCS-A) (tabela 5).

Como esperado, e de um modo geral, os resultados obtidos mostraram correlações significativas e positivas entre a Autoaversão total e respetivos fatores (EMA-A) e os sintomas Depressivos, Ansiosos e de Stresse (EADS-21). O mesmo padrão se verifica entre a EMA-A e as subescalas do ISSIQ-A (subescalas Impulso, Autodano e Ideação suicida, respetivamente). Estes dados sugerem que maiores níveis de autoaversão estão associados a índices elevados de psicopatologia, medidas pela EADS-21 e ISSIQ-A. Existem, ainda, correlações significativas e negativas entre a Autoaversão total (EMA-A), os fatores Ativação defensiva, Cognitivo-emocional, Evitamento e Exclusão (EMA-A) e a Autocompaixão (SCS-A). Os resultados obtidos sugerem que a autoaversão e os seus componentes estão associadas a menor autocompaixão.

**Tabela 5. Coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo: Autoaversão total, Ativação defensiva, Cognitivo-emocional, Exclusão, Evitamento (EMA-A), Depressão, Ansiedade, Stresse (EADS-21), Impulso, Autodano, Ideação suicida (ISSIQ-A) e Autocompaixão (SCS-A).**

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Autoaversão total (EMA-A)	-----										
2. Ativação defensiva (EMA-A)	.92**	-----									
3. Cognitivo-emocional (EMA-A)	.95**	.78**	-----								
4. Exclusão (EMA-A)	.87**	.73**	.84**	-----							
5. Evitamento (EMA-A)	.76**	.68**	.68**	.60**	-----						
6. Depressão (EADS-21)	.67**	.58**	.68**	.58**	.52**	-----					
7. Ansiedade (EADS-21)	.68**	.65**	.62**	.59**	.51**	.73**	-----				
8. Stresse (EADS-21)	.65**	.59**	.64**	.59**	.44**	.75**	.80**	-----			
9. Impulso (ISSIQ-A)	.47**	.41**	.44**	.41**	.46**	.45**	.44**	.46**	-----		
10. Autodano (ISSIQ-A)	.50**	.46**	.44**	.37**	.66**	.41**	.49**	.38**	.46**	-----	
11. Ideação Suicida (ISSIQ-A)	.72**	.58**	.73**	.65**	.60**	.74**	.63**	.62**	.47**	.49**	-----
12. Autocompaixão (SCS-A)	-.62**	-.49**	-.66**	-.54**	-.46**	-.62**	-.51**	-.57**	-.42**	-.36**	-.66**

*Nota.* \*\*  $p \leq .01$  EMA-A = Escala Multidimensional de Autoaversão; EADS-21 = Escala de Stresse, Depressão e Ansiedade; ISSIQ-A = Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência; SCS-A = Escala de Autocompaixão. Todas os instrumentos são de autorresposta e adaptadas para adolescentes

### 3.6. Influência da variável gênero na Autoaversão

Recorreu-se ao teste paramétrico *t-Student* para explorar as diferenças de gênero relativamente à Autoaversão, e seus componentes, respetivamente. Pela análise da Tabela 6, verificamos que os dados obtidos mostraram diferenças significativas entre os gêneros na Autoaversão, em que o gênero feminino obteve pontuações médias mais elevadas. Partindo dos critérios estabelecidos por Cohen (1988), o efeito das diferenças obtidas revelou ser grande para a Autoaversão total ( $d = -.53$ ;  $r = -.26$ ), médio para o fator Ativação defensiva ( $d = -.38$ ;  $r = -.19$ ), grande para o fator Cognitivo-emocional ( $d = -.59$ ;  $r = -.28$ ), médio para o fator Exclusão ( $d = -.22$ ;  $r = -.11$ ) e grande para o fator Evitamento ( $d = -.64$ ;  $r = -.31$ ).

**Tabela 6. Média (M), desvio padrão (DP) e teste t-student para as diferenças entre o sexo masculino (n = 232) e o sexo feminino (n = 308) na Autoaversão total e nos quatro fatores (EMA-A).**

Variáveis	Masculino (n=232)		Feminino (n=308)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Autoaversão total	13.96	18.67	25.13	23.37	-6.17	< .001	-.53
Ativação defensiva	5.20	7.89	8.64	10.11	-4.44	< .001	-.38
Cognitivo-emocional	6.30	8.13	11.80	10.41	-6.89	< .001	-.59
Exclusão	.83	1.92	1.30	2.34	-2.55	.001	-.22
Evitamento	1.63	2.37	3.40	3.09	-7.52	< .001	-.64

Nota. EMA-A = Escala Multidimensional de Autoaversão. Todas os instrumentos são de autorresposta e adaptadas para adolescentes.

### 3.7. Validade incremental

A fim de explorar a contribuição relativa da Autoaversão (EMA-A), do Autodano (ISSIQ-A) e Impulso (ISSIQ-A) na predição dos sintomas Depressivos (Tabela 7) e sintomas Ansiosos (Tabela 8) efetuaram-se análises de regressão múltipla hierárquica ou por blocos.

Face às diferenças de gênero estatisticamente significativas, com o objetivo de controlar estatisticamente o efeito do gênero colocou-se a variável Gênero no primeiro passo da equação da regressão. O modelo 1 [ $F(1, 538) = 14.49$ ,  $p < 0.001$ ], em que o gênero é constituído variável independente explica 2% da variância dos sintomas depressivos. De seguida, no modelo 2 é possível observar que as variáveis predictoras produziram um modelo significativo, [ $F(3, 535) = 155.20$ ,  $p < 0,001$ ] na predição dos sintomas Depressivos (Tabela 7). Este modelo, em que o Autodano, o Impulso e Autoaversão entram como preditores, explica 48% da variabilidade da variável dependente. Uma análise mais detalhada revelou que a Autoaversão (EMA-A) é um

preditor significativo da VD ( $\beta = .57$ ;  $p \leq .001$ ) seguido do Impulso (ISSIQ-A) ( $\beta = .16$ ;  $p \leq .001$ ), respetivamente.

**Tabela 7. Modelo de regressão múltipla hierárquica, com Género, Autodano, Impulso (ISSIQ-A) e Autoaversão (EMA-A) - variáveis independentes -, a predizerem os sintomas Depressivos (EADS-21) - variável dependente ( $n = 540$ ).**

	$R^2$	$R^2$ Ajustado	F	$\beta$	$\rho$	VIF	DW
<b>Modelo 1</b>	<b>.03</b>	<b>.02</b>	<b>14.49</b>		<b>.000</b>		
<b>Variáveis preditoras</b>							
Género				.16	.00	1.00	
<b>Modelo 2</b>	<b>.48</b>	<b>.48</b>	<b>155.20</b>		<b>.000</b>		<b>1.98</b>
<b>Variáveis preditoras</b>							
Género				.03	.40	1.12	
Autodano				.05	.17	1.47	
Impulso				.16	.00	1.44	
Autoaversão total				.57	.00	1.64	

*Nota.* EMA-A = Escala Multidimensional de Autoaversão; ISSIQ-A = Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência; EADS-21 = Escala de Stresse, Depressão e Ansiedade. Todos os instrumentos são de autorresposta e adaptadas para adolescentes.

No que concerne aos sintomas Ansiosos, repetiu-se o mesmo procedimento. O modelo 1 [ $F(1, 538) = 27.35$ ,  $p < 0,001$ ], em que o Género entra como variável independente explica 5% da variância dos sintomas Ansiosos. No modelo 2 as variáveis preditoras produziram um modelo significativo [ $F(3, 535) = 166.59$ ,  $p < 0,001$ ] na predição dos sintomas Ansiosos (Tabela 8), explicando 51% da variabilidade da variável dependente. Uma análise mais detalhada revelou que a Autoaversão (EMA-A) é um preditor significativo da VD ( $\beta = .51$ ;  $p \leq .001$ ), assim como o Autodano (ISSIQ-A) ( $\beta = .19$ ;  $p \leq .001$ ), o Impulso (ISSIQ-A) ( $\beta = .12$ ;  $p \leq .001$ ), e o Género ( $\beta = .10$ ;  $p \leq .001$ ), respetivamente.

**Tabela 8. Modelo de regressão múltipla hierárquica, com Género, Autodano, Impulso (ISSIQ-A) e Autoaversão (EMA-A) - variáveis independentes -, a predizerem os sintomas Ansiosos (EADS-21) - variável dependente ( $n = 540$ ).**

	$R^2$	$R^2$ Ajustado	F	$\beta$	$\rho$	VIF	DW
<b>Modelo 1</b>	<b>.05</b>	<b>.05</b>	<b>27.35</b>		<b>.000</b>		
<b>Variáveis preditoras</b>							
Género				.22	.00	1.00	
<b>Modelo 2</b>	<b>.51</b>	<b>.51</b>	<b>166.59</b>		<b>.000</b>		<b>1.94</b>
<b>Variáveis preditoras</b>							
Género				.10	.00	1.12	
Autodano				.19	.00	1.47	
Impulso				.12	.00	1.44	
Autoaversão total				.51	.00	1.64	

*Nota.* EMA-A = Escala Multidimensional de Autoaversão; ISSIQ-A = Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência; EADS-21 = Escala de Stresse, Depressão e Ansiedade. Todos os instrumentos são de autorresposta e adaptadas para adolescentes.

#### IV – DISCUSSÃO

A literatura descrita anteriormente tornou evidente que autoaversão é considerada um sentimento duradouro de aversão em relação a algumas partes do eu (físicas, psicológicas ou comportamentais), e que envolve determinadas respostas defensivas relacionadas com os mecanismos inatos de fuga-congelamento (Roberts & Goldenberg, 2007). Com efeito, os indivíduos podem focar-se excessivamente nas partes consideradas aversivas (Powell et al., 2013), procurando evitar o objeto aversivo e alcançar um eu aceitável e valorizado no contexto social (Gilbert, 2015). A adolescência, fase crucial e desafiante, constitui o território onde ensaiamos a forma de navegar no mundo externo, e sobretudo no mundo interno (e.g., identidade, autoavaliação). Apesar de a investigação na adolescência nos últimos anos ter incrementado a relação entre constructos como vergonha e memórias de vergonha (Xavier, & Pinto-Gouveia, 2016; Cunha et al, 2017) e autocriticismo (Xavier et al, 2016a), existe uma lacuna no diz respeito ao estudo sobre sentimentos e emoções mais pervasivas e tóxicas relacionadas com a autoaversão, nojo e repugnância.

Face a esta lacuna o presente estudo testou a estrutura fatorial da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Autoaversão para adolescentes (EMA-A), através da AFC, numa amostra de adolescentes portugueses ( $N=540$ ). Os resultados indicam que o modelo de 4 fatores intercorrelacionados, constituído pelas dimensões Ativação defensiva, Cognitivo-emocional, Exclusão e Evitamento apresenta um bom ajustamento dos dados, o que vai no sentido do proposto por Carreiras e Castilho (2014). Contudo, tal como foi descrito anteriormente procedemos a diversas alterações: (a) primeiro, eliminação do item 9 (*Quando sinto aversão em relação a mim, tenho vontade de arrotar*) devido à carga fatorial baixa e item 4 (*Quando sinto aversão em relação a mim, fico inibido/a e bloqueado/a*) devido à indicação de que este deveria pertencer ao fator Ativação defensiva, aspeto que não é viável em termos teóricos. Parece-nos que este item avalia de forma mais específica respostas comportamentais associadas ao sistema de ameaça-defesa, inscritas na via rápida de lidar com ameaças sociais e físicas (luta, fuga ou congelamento) (Gilbert, 2005; LeDoux, 1998). De acordo com Powell et al. (2015) a autoaversão revela-se como um fenómeno psicológico disfuncional distinto, prejudicial, abominável, difuso, um esquema de emoções composto por um padrão estável de respostas cognitivo-afetivas e comportamentais baseadas no nojo e repugnância. Assim, quando está ativada envolve um conjunto de sensações fisiológicas viscerais (e.g., náusea, vômito, repulsa) e respostas faciais, reações comportamentais (e.g., afastamento, fuga,

rejeição, congelamento, bloqueio) e uma variedade de autocognições negativas distintas (Overton, et al., 2008; Rozin, et. al, 1999); (b) segundo, correlação dos erros dos itens 3 (*Quando sinto aversão em relação a mim, a minha respiração fica acelerada*) e 7 (*Quando sinto aversão em relação a mim, o meu coração fica acelerado*) pelo seu conteúdo semelhante e pertença ao mesmo fator (Ativação defensiva); (c) terceiro, a existência de um modelo de segunda ordem, com um fator latente de “Autoaversão total” explicando a associação entre os quatro fatores de primeira ordem da EMA-A, mostrou-se legítimo, dadas as correlações significativas e elevadas entre as quatro dimensões medida, e entre o fator latente e cada uma das dimensões. Após a realização de todos os ajustes descritos anteriormente, o modelo de 30 itens apresentou um resultado significativo e uma boa qualidade de ajustamento, indicando uma boa validade de construto. Posteriormente, analisaram-se as cargas fatoriais de cada item no sentido de averiguar a quantidade de variância que o construto subjacente é capaz de explicar, tendo-se apurado que todos os itens cumpriam a suposição exigida. De facto, estes resultados estão de acordo com outros estudos acerca da estrutura multidimensional da EMA (Carreiras & Castilho, 2014), sugerindo a necessidade de encontrar um suporte empírico robusto, com amostras representativas, sobretudo amostras clínicas, quer em adultos, quer em adolescentes.

Com relação à fidelidade do instrumento para adolescentes, os resultados mostram uma boa consistência interna, quer para o total da escala quer para os quatro fatores. Revela, ainda, uma boa estabilidade temporal. Estes dados vão no mesmo sentido de outros estudos acerca do mesmo constructo, em amostras não clínicas e clínicas de população adulta (Carreiras & Castilho, 2014; Guiomar & Castilho, 2015).

No que diz respeito à validade convergente esta foi testada com outras medidas de autorrelato que avaliam construtos teoricamente relacionados, em que foram analisados os coeficientes de *Pearson* entre a Autoaversão total, os fatores Ativação defensiva, Cognitivo-emocional, Evitamento, Exclusão (EMA-A), Depressão, Ansiedade, Stresse (EADS-21), Impulso, Autodano, Ideação suicida (ISSIQ-A) e Autocompaixão (SCS-A). De um modo geral, os resultados indicam que os adolescentes com níveis mais elevados de autoaversão reportam índices mais elevados de psicopatologia. Ou seja, apresentam mais sintomas depressivos, ansiosos e de stresse, mais impulsividade, comportamentos de autodano e ideação suicida. Por oposição, adolescentes com níveis mais baixos de autocompaixão, isto é, mais dificuldades na capacidade de autotranquilização e autoaceitação, em demonstrar compreensão, bondade

e amabilidade consigo próprios, em olhar para os acontecimentos como algo que faz parte da condição humana, em manter o equilíbrio emocional, são mais autocríticos, tendem a isolar-se e deixam-se enredar pelos pensamentos e acontecimentos. Estes dados estão de acordo os estudos de Carreiras e Castilho (2014) desenvolvido em adultos, uma vez que sugerem que indivíduos com elevada autoaversão apresentam mais inflexibilidade psicológica e são mais autocríticos. No mesmo sentido, Palmeira, Pinto Gouveia e Cunha (2017) verificaram no seu estudo que incidiu numa amostra clínica de adultos, que a capacidade de ter um relacionamento afetuoso e atencioso consigo mesmo foi negativamente associada à autoaversão. Já Guiomar e Castilho (2015) num estudo realizado com 53 doentes com perturbação da personalidade mostraram que a autoaversão tem impacto na sintomatologia *borderline* da personalidade através do medo de dar e de receber compaixão dos outros, e do evitamento experiencial. Por sua vez, Gilbert (2005, 2009a) também defende que a aversão desativa o sistema de tranquilização e afiliação, impedindo o desenvolvimento de atitudes compassivas com o próprio, tais como a capacidade de não criticar ou julgar o sofrimento.

Relativamente aos comportamentos de Autodano, Impulso e Ideação suicida, os dados sugerem que adolescentes que apresentam maiores níveis de Autoaversão total registam mais comportamentos autolesivos, mais impulsividade e pensamentos relacionados com o suicídio e desesperança. Alguns estudos evidenciam que doentes com perturbação da personalidade, com mais pensamentos e sentimentos hostis e de desprezo/aversão em relação ao eu, com comportamentos que visam esconder ou evitar esses aspetos do eu e com mais ativação fisiológica apresentam maiores níveis de autocrítico focado em sentimentos e pensamentos de inadequação, vontade de magoar ou punir o próprio e incapacidade de gerar sentimentos de calor e aceitação pelo eu (Guiomar & Castilho, 2015). Também Smith, Steele, Weitzman, Trueba e Meuret (2015) descrevem que a autoaversão pode desempenhar um papel único nos comportamentos de autodano. Ademais, Lazuras, Ypsilanti, Powell e Overton (2018) afirmam que a tendência para nos comportarmos de maneira automática e não planeada está associada a maiores níveis de autoaversão, sendo que esta associação é parcialmente explicada pela autorregulação e por estratégias de regulação emocional. Em relação aos resultados obtidos entre a autoaversão e ideação suicida, consideramos que são dados inovadores visto que parece não existir literatura que evidencie isto, e vão no mesmo sentido de Carreiras e Castilho (2014). Estudos em amostras de adolescentes demonstraram que a presença de sentimentos de raiva, aversão e ódio dirigidos ao eu, e o desejo de perseguir

ou excluir os aspetos negativos do eu, constituem uma razão para atacar fisicamente o eu. Portanto, segundo estes autores parece existir uma forte associação entre o eu odiado e o autodano (Xavier, Pinto-Gouveia & Cunha, 2016b). Noutro estudo Xavier e Pinto-Gouveia (2016) revelou que os adolescentes que recordam sentimentos de ameaça, subordinação e desvalorização nas interações precoces com a família tendem a reportar níveis mais elevados de afeto negativo, de resistência e medos de sentimentos compassivos (de expressar aos outros, de receber dos outros e de manifestar em relação a si próprios) e um maior envolvimento em comportamentos autolesivos não suicidários.

Neste estudo, o género parece ter influência nos níveis de autoaversão tendo as raparigas valores médios mais altos comparativamente aos rapazes. Mais especificamente, as adolescentes apresentam maiores níveis de Ativação fisiológica inerente ao sentimento de aversão em relação ao eu, mais aversão em relação a pensamentos e sentimentos sobre o eu, uso mais frequente de formas de excluir, eliminar e de se livrar daquilo que é percebido como aversivo, mais comportamentos de evitamento associados aquilo que é considerado aversivo, nomeadamente, inibição, desviar o olhar e não se expor aos outros, do que os adolescentes. A literatura corrobora na generalidade estes resultados, mostrando que o género feminino apresenta maior risco do que o masculino para desenvolver psicopatologia e emoções negativas (Xavier et al, 2016a). O estudo de Palmeira, et al. (2017) converge com os nossos resultados, estes verificaram numa amostra clínica de adultos, que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de autoaversão face aos homens. Já Ille, et al. (2014) observaram o mesmo, num estudo que incidia numa amostra clínica e não clínica. No mesmo sentido, Kim, et al. (2012) verificaram que adolescentes do sexo feminino apresentaram maiores níveis de autoaversão, sugerindo que as diferenças de género em relação à autoaversão parecem emergir desde muito cedo. Portanto, face aos desafios que são particularmente impostos às raparigas adolescentes, como adotar determinados comportamentos socialmente desejáveis, desejo de alcançar padrões corporais e de beleza específicos, lidar com transformações corporais intensas ou ser sexualmente desejável, parece plausível que estas registem maiores níveis de autoaversão. No estudo levado a cabo por Carreiras e Castilho (2014) em adultos da comunidade, as diferenças obtidas foram no fator Exclusão em que o género masculino obteve pontuações mais altas, o que poderá estar relacionado com a idade e comportamentos de risco associados ao consumo de álcool e drogas (estudantes universitários).

Por fim, no estudo referente à validade incremental os dados evidenciam que quer em relação aos sintomas depressivos, quer ansiosos a Autoaversão apresenta-se como uma variável preditora significativa, mesmo quando se controla o efeito da variável Género, como esperado. Estes dados são congruentes com a literatura, segundo Overton, et al. (2008); Powell, et al. (2013) a autoaversão pode constituir um marcador da depressão e defendem que esta é uma componente afetiva estável que prediz os sintomas depressivos ao longo do tempo. Já Power e Dalgleish (2008) verificaram que a autoaversão pode explicar a associação entre padrões de pensamento disfuncionais, como a avaliação negativa do eu e do mundo, e o humor depressivo resultante. Para além disto, dois estudos que incidiram numa população clínica verificaram o papel preditivo da autoaversão sobre o desenvolvimento e manutenção da depressão (Powell, Azlan, Simpson & Overton, 2016; Azlan, Overton, Simpson & Powell, 2016). Verifica-se o mesmo padrão nos sintomas ansiosos, em que para além da Autoaversão, os comportamentos de Autodano e Impulsividade se constituem como preditores significativos, assim como o Género. Estes dados corroboram uma extensa literatura que evidencia a influência do afeto negativo (ansiedade, depressão, tristeza), da impulsividade e do autocriticismo na predição de comportamentos de autodano (Xavier & Pinto-Gouveia, 2016; Guerreiro & Sampaio, 2013; Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012).

### **Limitações e futuras investigações**

Apesar da natureza promissora destes resultados, as suas interpretações devem ser feitas com cautela tendo em consideração algumas limitações metodológicas. Uma das limitações relaciona-se com a natureza transversal do desenho experimental deste estudo. No futuro, seria interessante efetuar estudos de natureza prospetiva ou longitudinal que permitissem compreender melhor a relação causal entre as variáveis. Outra limitação prende-se com a amostra que, sendo pouco representativa, não permite a generalização dos resultados. Assim, deve replicar-se este estudo noutras amostras fundamentalmente clínicas. Seria interessante estudar melhor a relação entre a autoaversão, as variáveis sociodemográficas, e as diferentes etapas no período confinado à adolescência. Outra limitação é a inerente ao uso de medidas de autorresposta, pelo que seria interessante a construção e desenvolvimento de entrevistas no sentido de perceber melhor a natureza e os fatores de manutenção e de proteção da autoaversão, e seu impacto no sofrimento pessoal e relacional dos adolescentes. Ainda que exploratórios os resultados indicam a

importância da mudança desta emoção da identidade multidimensional, em contexto terapêutico, através da aprendizagem de competências de autocompaixão e de autotranquilização, pela estimulação de outro sistema de regulação de afeto – sistema de *soothing* e autocompaixão (Gilbert, 2005, 2009b; Gilbert & Procter, 2006).

Em síntese, a versão portuguesa da EMA-A apresentou boas propriedades psicométricas e constitui-se um instrumento de medida válido e útil na avaliação da autoaversão em adolescentes.

## V - BIBLIOGRAFIA

- Amir, N., Najmi, S., Bomyea, J., & Burns, M. (2010). Disgust and anger in social anxiety. *Int. J. Cogn. Ther.* 3 (1), 3–10.
- Andrews, B. (1998). Methodological and definitional issues in shame research. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 39-54). New York: Oxford University Press.
- Azlan, A., Overton, P., Simpson, J., & Powell, A. (2016). Differential disgust responding in people with cancer and implications for psychological wellbeing. *Psychology and Health*, 32(1), 19-37.
- Azlan, A., Overton, G., Simpson, J., & Powell, A. (2017). Effect of partners disgust responses on psychological wellbeing in cancer patients. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, 1–10.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461-484. doi: 10.1037/0033-2909.112.3.461
- Baldwin, M. W. (1997). Relational schemas as a source of item-then self-inference procedures. *Review of General Psychology*, 1(4), 326-335. doi: 10.1037/1089-2680.1.4.326
- Baldwin, M. W. (Ed.) (2005). *Interpersonal cognition*. New York: Guilford Press.
- Birtchnell, J. (1993) *How Humans Relate: A New Interpersonal Theory*. A volume in the series *Human Evolution, Behavior & Intelligence*. Praeger: Westport, CT. Published in paper back by Psychology Press, Hove, Sussex, UK.
- Brake, A., Rojas, M., Badour, L., Dutton, E., & Feldner, T. (2017). Self-disgust as a potential mechanism underlying the association between PTSD and suicide risk. *J. Anxiety Disord.*, 47, 1–9.

- Carvalho, C., Nunes, C., Castilho, P., Motta, C., Caldeira, S. & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation. Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*, 1-8.
- Carreiras, D. & Castilho, P. (2014). *The Toxicity of the Self: Developing a New Measure and Testing a Comprehensive Model of the Nature of Self-Disgust*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Cavalera, C., Pagnini, F., Zurloni, V., Diana, B., Realdon, O., Castelnovo, G., & Molinari, E. (2016). Shame proneness and eating disorders: A comparison between clinical and non-clinical samples. *Eating and Weight Disorders*, 21,701–707.
- Clarke, A., Simpson, J. & Varese, F. (2018). A systematic review of the clinical utility of the concept of self-disgust. *Clin Psychol Psychother*, 26, 110–134.
- Coggins, J., & Fox, E. (2009). A qualitative exploration of emotional inhibition: a basic emotions and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 55–76.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 203-218.
- Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the Self-Compassion Scale. *Personality and Individual Differences*, 93, 56–62.

- Dancey, C. P., & Reidy (2017). *Statistics without Maths for Psychology* (7th ed.). United Kingdom: Pearson Education.
- Davey, C., Buckland, G., Tantow, B., & Dallos, R. (1998). Disgust and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 6, 201–211.
- Davey, L., & Chapman, L. (2009) Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: the role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clin Psychol Psychother*, 16, 268-75.
- DeJong, J., & Merckelbach, H. (1998). Blood-injection-injury phobia and fear of spiders: domain specific individual differences in disgust sensitivity. *Pers Individ Differ*, 24, 153-8.
- De Rubeis, S., & Hollenstein, T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 46, 477-482. doi:10.1016/j.paid.2008.11.019
- Didie, R., Kelly, M., & Phillips, A. (2010). Clinical features of body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 40, 310–316.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Espeset, S., Gulliksen, S., Nordbo, S., Skarderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behavior in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 451–460.
- Fox, E. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: a basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 276–302.
- Fox, R. (2009). Eating disorders and emotions. *Clin. Psychol. Psychother.*, 16 (4), 237–239.

- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15 (3), 199-208.
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2015). Self-disgust, self-hatred, and compassion focused therapy. In P.A. Powell, P.G. Overton & J. Simpson (Eds.), *The Revolting Self: Perspectives on the Psychological, Social, and Clinical Implications of Self-Directed Disgust*. (pp. 223-242). London: Karnak.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychotherapy and culture*. New York: Oxford University Press.
- 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* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism and self-compassion in adolescence. In N. B. Allen & L. B. Sheeber (Eds.), *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* (pp. 195-214). Cambridge University Press.
- 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. doi:10.1002/cpp.507
- Giletta, M., Scholte, R. H., Engels, R. C., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197, 66-72. doi:10.1016/j.psychres.2012.02.009

- 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, 213-222. doi:10.1016/j.rpsp.2013.05.001
- Guiomar, R., & Castilho, P. (2015). *A relação entre a Auto-aversão e a sintomatologia Borderline: estudo do efeito mediador dos medos da compaixão e do evitamento experiencial*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Griffiths, J., & Page, S. (2008). The impact of weight-related victimization on peer relationships: the female adolescent perspective. *Obesity*, 16, 39–45.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). Edinburgh: Pearson Prentice Hall.
- Hughes, B. (2012). Civilizing modernity and the ontological invalidation of disabled people. In D. Goodley, B. Hughes, & L. J. Davis (Eds.), *Disability and Social Theory: New Developments and Directions* (pp. 17–32). London: Palgrave Macmillan.
- Ille, R., Schögl, H., Kapfhammer, H., Arendasy, M., Sommer, M., & Schienle, A. (2014). Self-disgust in mental disorders — symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938–943.
- Ille, R., Schöny, D., Kapfhammer, K., & Schienle, A. (2010) Elevated disgust sensitivity in schizophrenia. *J Clin Psychol*, 66, 1090-100.
- Kim, E., Ebesutani, C., Young, J., & Olatunji, B. (2012). Factor Structure of the Disgust Scale-Revised in an Adolescent Sample. *Assessment*, 20 (5), 620–631.
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16 (4), 343-364.

- Lazarus, L., Ypsilanti, A., Powell, P., & Overton, P. (2018). The roles of impulsivity, self-regulation, and emotion regulation in the experience of self-disgust. *Motivation and Emotion*, 1-14.
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44, 1229-1238.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav. Res. Ther.*, 33 (3), 335-343.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3rd ed.). Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6th ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.659
- Muris, P., Merckelbach, H., Nederkoorn, S., Rassin, E., Candel, I., & Horslerlenberg, R. (2000). Disgust and psychopathological symptoms in a nonclinical sample. *Personality and Individual Differences*, 29, 1163– 1167.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Tierny, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 953–961.
- Muthén, L., & Muthén, B. (1998-2017). *Mplus User's Guide* (8th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.

- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, *35*, 163–174. doi:10.1017/S0033291704003915
- Neziroglu, F., Roberts, M., & Yaryura-Tobias, A. (2004). A behavioral model for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, *34*, 915–920.
- Nussbaum, M. C. (2004). *Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law*. New Jersey: Princeton University Press.
- Oaten, M., Stevenson, J., & Case, I. (2011). Disease avoidance as a functional basis for stigmatization. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *366*, 3433–3452.
- Olatunji, O., David, B., & Ciesielski, B. G. (2012). Who am I to judge? Self-disgust predicts less punishment of severe transgressions. *Emotion*, *12*, 169–173.
- Olatunji, O., Cox, R., & Kim, H. (2015). Self-disgust mediates the associations between shame and symptoms of bulimia and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *34*, 239–258.
- Olatunji, O., Sawchuk, N., Lohr, M., & DeJong, J. (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behav Res Ther*, *42*, 93-104.
- Overton, P., Markland, F., Taggart, H., Bagshaw, G., & Simpson, J. (2008). Self-Disgust Mediates the Relationship Between Dysfunctional Cognitions and Depressive Symptomatology. *American Psychological Association*, *3* (8), 379-385.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5* (2), 229-239.

- Palmeira, L., Pinto Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). The role of self-disgust in eating psychopathology in overweight and obesity: Can self-compassion be useful? *Journal of Health Psychology*, 1-10.
- Park, H., van Leeuwen, F., & Stephen, D. (2012). Homeliness is in the disgust sensitivity of the beholder: relatively unattractive faces appear especially unattractive to individuals higher in pathogen disgust. *Evolution and Human Behaviour*, 33, 569–577.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips, A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. New York: Oxford University Press.
- Powell, P. A., Azlan, H. A., Simpson, J., & Overton, P. G. (2016). The effect of disgust related side-effects on symptoms of depression and anxiety in people treated for cancer: a moderated mediation model. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(4), 560-573.
- Powell, P., Overton, P., & Simpson, J. (2014). The Revolting Self: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Self-Disgust in Females with Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (6), 562-578.
- Powell, P. A., Simpson, J., & Overton, P. G. (2013). When disgust leads to dysphoria: a three-wave longitudinal study assessing the temporal relationship between self-disgust and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 27, 900–913.
- Powell, P., Simpson, J., & Overton, P. (2015). An introduction to the revolting self: self-disgust as an emotion schema. In P. Powell, P. Overton, & J. Simpson (Eds.), *The Revolting Self. Perspectives on the Psychological, Social, and Clinical Implications of Self-Directed Disgust* (pp. 1-24). London: Karnac Books.

- Power, M., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to Disorder*. United Kingdom: Psychology Press.
- Power, M., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder* (2nd ed.). United Kingdom: Psychology Press.
- Roberts, T. A., & Goldenberg, J. L. (2007). Wrestling with nature: an existential perspective on the body and gender in self-conscious emotions. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 389–406). New York: Guilford Press.
- Rozin, P., & Fallon, E. (1987). A perspective on disgust. *Psychological Review*, *94*, 23–41.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, R. (1999). Disgust: the body and soul emotion. In T. Dalgleish, & M. J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 430–445). Chichester: John Wiley.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, R. (2000). Disgust. In M. Lewis, & M. Haviland-Jones, (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 637-53). New York: Guilford Press. .
- Rozin, P., Haidt J., & McCauley, R. (2016). Disgust. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 815–834). New York: Guilford Press.
- Rüsch, N., Schulz, D., Valerius, G., Steil, R., Bohus, M., & Schmahl, C. (2011). Disgust and implicit self-concept in women with BPD and posttraumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, *261*, 369-76.
- Russell, P. S., & Giner-Sorolla, R. (2013). Bodily moral disgust: what it is, how it is different from anger, and why it is an unreasoned emotion. *Psychological Bulletin*, *139*, 328–351.

- Sara, M., Stasik-O'Brien, & Schmidt, J. (2018). The role of disgust in body image disturbance: Incremental predictive power of self-disgust. *Body Image, 27*, 128–137.
- Sawchuk, C. N. (2009). Acquisition and maintenance of disgust: developmental and learning perspectives. In B. O. Olatunji, & D. McKay (Eds.), *Disgust and Its Disorders: Theory, Assessment, and Treatment Implications* (pp. 77–97). Washington, DC: APA
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Kupermine, G. P., & Leadbeater, B. J. (2004). Reciprocal relationship between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). *Cognitive Therapy and Research, 28*, 85-103.
- Schienle, A., Haas-Krammer, A., Schoggl, H., Kapfhammer, P., & Ille, R. (2013). Altered state and trait disgust in borderline personality disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease, 201*, 105–108.
- Schienle, A., Ille, R., Sommer, M., & Arendasy, M. (2014). Diagnosis of selfdisgust in the context of depression. *Verhaegen's therapie, 24*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1159/000360189>
- Schienle, A., Schäfer, A., & Naumann, E. (2008). Event-related brain potentials of spider phobics to disorder-relevant, generally disgust and fear inducing pictures. *J Psychophysiol, 22*, 5-13.
- Schienle, A., Walter, B., Schäfer, A., Stark, R., & Vaitl, D. (2003). Disgust sensitivity in psychiatric disorders: a questionnaire study. *Nerv Ment Dis, 191*, 831-4.
- Schienle, A., Walter, B., Schaefer, A., Stark, R., & Vaitl, D. (2005). Neural responses of OCD patients towards disorder-relevant, generally disgust-inducing and fear-inducing pictures. *Int J Psychophysiol, 57*, 69-77.

- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: N.J. Lawrence Erlbaum.
- Shanmugarajah, K., Gaiind, S., Clarke, A., & Butler, M. (2012). The role of disgust emotions in the observer response to facial disfigurement. *Body Image, 9*, 455–461.
- Simpson, J., Carter, S., Anthony, S. H., & Overton, P. G. (2006). Is disgust a homogeneous emotion? *Motivation and Emotion, 30*, 31–41.
- Simpson, J., Hillman, R., Crawford, T., & Overton, P. (2010). Self-esteem and self-disgust both mediate the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptoms. *Motivation Emotion, 34*, 399–406.
- Smith, M., Loewenstein, G., Rozin, P., Sherriff, L., & Ubel, A. (2007). Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. *Journal of Research in Personality, 41*, 787–803.
- Smith, N., Steele, A., Weitzman, M., Trueba, A., & Meuret, A. (2015). Investigating the Role of Self-Disgust in Nonsuicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research, 19*, 60-74.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 9*, 69-74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (1989). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper & Row.
- Tabachnick, B., & Fidell, S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.

- Tangney, J. P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford
- Troop, A., & Baker, A. (2009). Food, body and soul: the role of disgust in eating disorders. In B. O. Olatunji, & D. McKay (Eds.), *Disgust and Its Disorders: Theory, Assessment, and Treatment Implications* (pp. 229–251). Washington, DC: APA.
- Tybur, M., Lieberman, D., & Griskevicius, V. (2009). Microbes, mating, and morality: individual differences in three functional domains of disgust. *Journal Pers Soc Psychol*, *97*, 103-22.
- Wolfe, D. A., & Mash, E. J. (2006). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press.
- Xavier, A. & Pinto Gouveia, J. (2016). *Experiências emocionais precoces e (des)regulação emocional: implicações para os comportamentos autolesivos na adolescência*. Tese de doutoramento em Psicologia. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016a). Rumination in adolescence: The distinctive impact of brooding and reflection on psychopathology. *The Spanish Journal of Psychology*, *19*, 1-11. doi:10.1017/sjp.2016.41
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016b). Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Child and Youth Care Forum*, *45*, 571-586.
- Ypsilanti, A., Lazuras, L., Powell, P., & Overton, P. (2019). Self-disgust as a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression. *Journal of Affective Disorders*, *243*, 108–115.
- Zahn, R., Lythe, E., Gethin, A., Green, S., Deakin, W., Young, H., & Moll, J., (2015). The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder. *J. Affect. Disord.*, *186*, 337–341.